Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. II No. 2 LIMA, JUNIO 1965

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Profesor Principal	*Dr. Carlos Alberto Seguín*
Profesor Asociado	*Dr. José Max Arnillas Arana*
” ”	*Dr. Renato Castro de la Matta*
” ”	*Dr. Oscar Valdivia Ponce*
” ”	*Dr. Sergio Zapata Agurto*
Profesor Auxiliar	*Dr. José Alva Quiñones*
” ”	*Dra. M. A. Silva de Castro*
” ”	*Dr. Alberto Perales Cabrera*
Encargado de la Coordinación	*Dr. Max Silva Tuesta*
Jefe Instructor	*Dr. Ethel Bazán Vidal*
” ”	*Dr. Andrés Cáceres Bedoya*
” ”	*Dra. Judith Calenzani Castillo*
” ”	*Dr. César Delgado Hurtado*
” ”	*Dr. Hugo Díaz Vásquez*
” ”	*Dr. Enrique Ghersi Belaúnde*
” ”	*Dr. Walter Griebenow Estrada*
” ”	*Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira*
” ”	*Dr. Felipe Iannacone Martínez*
” ”	*Dra. Elia Izaguirre León*
” ”	*Dr. Humberto Napuri Jordán*
” ”	*Dr. Alberto Péndola Febres*
” ”	*Dr. Saúl Peña Kalenkautzky*
” ”	*Dr. Rubén Ríos Carrasco*
” ”	*Dr. Oscar Ríos Reátegui*
” ”	*Dr. Carlos Saavedra Suescum*
” ”	*Dr. Hildebrando Salazar Inga*
” ”	*Dra. Antonia Sánchez*
” ”	*Dr. Francisco Vásquez Palomino*
Psicólogo Clínico	*Dr. Juan Antonio Robles*
” ”	*Dr. Hilarión Tovar Narrea*

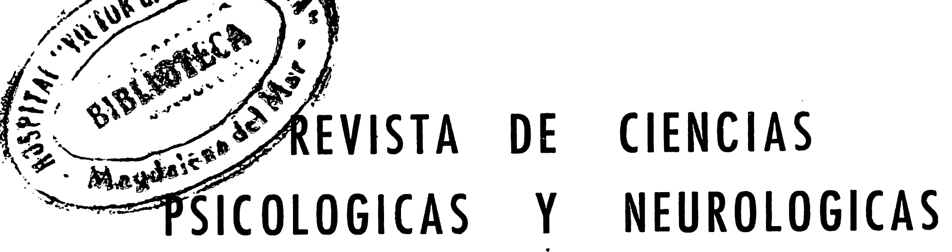
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

PERSONAL DOCENTE

Profesor Asociado encargado de la Asignatura	*Dr. Raúl Jerí*
Profesor Asociado	*Dr. Jacobo Silbermann*
” ”	*Dr. Rodolfo Landa*
Profesor Auxiliar	*Dr. Manuel Pizarro*
” ”	*Dr. Luis Aspauza*
Jefe Instructor	*Dr. Leoncio Acosta*
” ”	*Dr. Pedro Ortiz*
” ”	*Dr. César Sánchez Montenegro*
” ”	*Dr. Eugenio Villar*
” ”	*Dr. Luciano Vise*

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. II Nº 2 JUNIO, 1965 LIMA, PERU

DIRECTORES

Carlos Alberto Seguín *Raúl Jerí*

SECRETARIO DE REDACCION

Rubén Ríos Carrasco



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. II Nº 2 — JUNIO, 1965 — LIMA, PERU

CONTENIDO

ARTICULOS

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

QUE ES UN GRUPO

CARLOS ALBERTO SEGUIN

Creo necesario, antes de entrar al estudio del tema mismo de la dinámica grupal, definir claramente algunos conceptos básicos, ya que, sin ese paso previo, resultaría difícil y proclive a confusiones cualquier afirmación o especulación posterior.

La primera posición a adoptar claramente es la de limitar la idea del grupo humano, limitación más necesaria aún cuando, en la vastísima literatura, podemos encontrar las más variadas opiniones y puntos de vista.

Ante todo, quisiera poner énfasis en una definición fundamental: *No puede considerarse como grupo cualquier reunión de personas.* Esta afirmación parece innecesaria y, sin embargo, necesita ser expresada para poder colocar en su justa perspectiva el campo de estudio.

Los autores nos hablan de grupo refiriéndose, desde a un conjunto de dos personas, hasta a la totalidad de una nación y ello, por supuesto, no solamente multiplica las clasificaciones, sino que dificulta seriamente una diferenciación precisa del concepto.

Dicha diferenciación ha sido intentada adoptando los más diversos puntos de vista pero, a mi entender, principalmente dos:

1. *El grupo se caracteriza por sus fines.* Ejemplo de este concepto sería la definición de Morton Deutsch[1] "Un grupo sociológico existe en la medida en la que los individuos que lo componen persiguen fines promotivamente interdependientes" (pág. 425).

---

1 Deutsch, Morton: "The Effects of Cooperation and Competition upon Group Process", en Cartwright, D. y Zander, A.: "Group Dynamics". Research and Theory", Row, Peterson and Company, Evanston, 1960.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

2. *Un grupo se caracteriza por la interrelación de sus miembros.* En este caso los autores ponen énfasis, sea en el aspecto cuantitativo, sea en el aspecto cualitativo de esa interrelación. Un ejemplo de los primeros nos lo ofrece Sprott [2], al decir: (pág. 9)

"Un grupo, en el sentido psico-sociológico, es una pluralidad de personas que interaccionan una con otra, en un contexto dado, más de lo que interaccionan con cualquier otra persona".

La calidad de la interrelación es, por el contrario, definitoria para quienes, como los psicoanalistas, asimilan el grupo al individuo y tratan de aplicar similares construcciones teóricas a ambos. Así, Freud [3] cree que lo que caracteriza el grupo humano (usa, como ejemplos, la Iglesia y el ejército) es "la substitución del Ideal del Yo por un objeto" y la identificación, es decir que cada individuo haría del líder la encarnación de su ideal y se identificaría con los otros componentes del grupo, que sienten de la misma manera, formando así la unidad grupal.

Hay otro elemento en la consideración cualitativa, sin embargo, que considero importantísimo, y que podría enunciarse así: *un conjunto de individuos constituye un grupo cuando se halla integrado,* lo que nos lleva a analizar la idea de la integración grupal.

INTEGRACION GRUPAL

Algunos autores tienden a confundir el concepto de *integración* con de *cohesión* del grupo. Así; Malcolm y Hulda Knowles [4] dicen: (pág 35):

"La cohesividad de un grupo está determinada por la fuerza de los lazos que ligan a las partes individuales en un todo unificado. Esta propiedad indica la moral, el espíritu de equipo, la fuerza de atracción del grupo para sus miembros y el interés de éstos en lo que hace el grupo. En obras y escritos sobre la materia se le da a menudo el nombre de 'sentimiento del nosotros' de un grupo".

Por el contrario, Cartwright y Zander (pág. 74) nos dicen que "la *cohesión* de un grupo es la resultante de todas las fuerzas que actúan sobre todos los miembros para permanecer en el grupo", definición que re-

---

2 Sprot, W. H. J.: "Grupos Humanos", Biblioteca de Psicología Social y Sociología, Edit. Paidos, Buenos Aires, s.f.

3 Freud, S.: "Psicología de las Masas", en Obras Completas, Vol. 1, Edit. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

4 Knowles. Malcolm y Hulda: "Introducción a la Dinámica de Grupo", Elsa, México, 1962.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

piten Schacter [5] (pág. 260): "La cohesión se define como el campo total de fuerzas que actúan sobre los miembros para que permanezcan en el grupo" y French Jr. [6] (pág. 733): "La *cohesión* ha sido definida conceptualmente como la resultante de las fuerzas que obran, sobre los miembros para pertenecer al grupo, pero ha sido operacionalizada en muchos de esos experimentos como la atracción de los miembros entre ellos". Igual sentido tienen las ideas de Libo y muchos otros, Prefiero, pues, con la intención de alcanzar la claridad necesaria, el separar los conceptos de *cohesión* e *integración,* manteniendo para el primero el significado de mayor o menos fuerza de atracción del grupo para sus miembros y tratando de definir la segunda más cuidadosamente.

La mayor parte de los autores reconoce que, con las palabras de Sprott (2) (pág. 12): "El grupo, si ha existido durante cierto tiempo, asume una especie de existencia independiente en la menté de sus miembros..." Es a lo que Malcolm y Hulda Knowles se refieren como (4) pág. 31) "Conciencia de grupo: los miembros se consideran como grupo; tienen una 'percepción colectiva de unidad', una identificación consciente de unos con otros" y (pág. 32) "Habilidad para actuar en forma unitaria; el grupo puede comportarse como un organismo unitario".

Esta idea de unidad es, para mí, fundamental. Creo que un conjunto de hombres se convierte en un grupo cuando no se trata ya de individualidades que se hallan reunidas y que presentan cada una sus propios y característicos rasgos diferenciales, sino cuando se funden en una entidad nueva y sienten, piensan y actúan unitariamente, lo que quiere decir que el pensamiento de cualquiera de sus miembros es *la expresión* del pensamiento común; el sentimiento deja de ser aquél mío, tuyo o suyo para convertirse en *nuestro* y la acción no es nunca personal, sino colectiva.

Este apretado resumen de las supuestas características de un grupo humano está afirmando implícitamente dos fenómenos: la parcial desaparición de los miembros como individuos aislados y *la aparición del grupo como nueva entidad psicológica con características propias.*

Acaso pudiéramos recurrir a otro conjunto de conceptos para acercarnos más a la idea tal como la acabo de enfocar y decir que un conjunto humano se transforma en un grupo cuando *de agrupación sumativa* se convierte en *Gestalt.*

---

5 Schacter, S.: "Deviation, Rejection and Communication", en C y Z.
6 Franch, Jr., J.: "A formal Theory of Social Power", en C. y Z.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

¿Es ello así? ¿Tenemos suficientes elementos para sostener este punto de vista? Creo que la respuesta puede ser afirmativa. Si tratamos de analizar el comportamiento de un grupo "integrado", es decir, funcionando como tal, descubriremos fácilmente las características de una Gestalt, como, por otra parte, lo hicieron los teóricos de esa escuela (7).

Es quizás necesario notar aquí que si aceptamos estas ideas, el concepto de grupo cambia y su amplitud se reduce y limita estrictamente. No podremos ya llamar *grupo* a un conjunto de seres humanos aunque llene algunas de las condiciones establecidas por los autores. Malcolm y Hulda Knowles (4) (pág. 31) señalan que la mayor parte de ellos concuerdan en que "una colección de personas es un grupo cuando posee estas cualidades:

1. Una asociación definible; una colección de dos o más personas identificables por nombre o tipo.
2. Conciencia de grupo; los miembros se consideran como grupo, tienen la 'percepción colectiva de unidad', una identificación consciente de unos con otros.
3. Un sentido de participación en los mismos propósitos; los miembros tienen el mismo 'objeto modelo', o metas e ideales.
4. Dependencia recíproca en la satisfacción de necesidades; los miembros necesitan ayudarse mutuamente para lograr los propósitos para cuyo cumplimiento se reunieron en grupo.
5. Acción recíproca; los miembros se comunican unos con otros.
6. Habilidad para actuar en forma unitaria; el grupo puede comportarse como un organismo unitario".

Si consideramos estas condiciones cuidadosamente veremos que algunas de ellas son obvias, (no puede, por supuesto, pensarse en grupo si los miembros no se comunican unos con otros); algunas pueden ser discutidas, como lo veremos más adelante ("una colección de dos o más personas identificables por nombre o tipo"); otras, si aceptamos el concepto de integración, se hallan sobreentendidas (la "consciencia de grupo" o la "habilidad de actuar en forma unitaria") y aún puede notarse la ausencia de otras (la comunicación personal, cara, a cara por ejemplo).

---

7 Véase el capítulo "La Sociedad y la personalidad" en la obra de Koffka: Principios de Psicología de la Forma, Edit. Paidos, Buenos Aires, s. f. pág. 749-785, como un ejemplo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Tres aspectos deben ser estudiados con detenimiento si deseamos progresar en la comprensión y definición del grupo humano: el número de personas que lo componen, las necesidades que llena y los fines que persigue.

1.—*Sobre el número de componentes de un grupo.*

Uno de los problemas que se presentan de inmediato es el del número de componentes de un grupo. El concepto de integración que hemos introducido elimina de la discusión los "grupos" compuestos por un número de individuos que hace imposible pensar en dicha integración: una ciudad, una nación por ejemplo, pero nos deja con el problema de establecer límites más estrictos. Así ¿puede considerarse como grupo la reunión de dos personas? ¿De veinte?

La respuesta a estas preguntas debe ser dada por la investigación y, felizmente, esa investigación ha sido llevada a cabo y nos ofrece ya algunas respuestas valederas.

El primer punto es el determinar si dos personas constituyen un grupo. Si bien algunos autores, como Foa, Kelley y Tribaut, entre otros, creen que los hallazgos de los grupos mayores pueden ser aplicados a la teoría de las diadas, ya Simmel[8] señaló claramente las diferencias fundamentales entre éstas y los otros grupos, de tres o más personas, poniendo énfasis, por ejemplo, en el hecho obvio de que la incorporación de un tercero hace posible la formación de coaliciones, hecho que fué luego estudiado por Caplow[9] y Mills[10]. Parece probado, pues, que las conclusiones obtenidas del estudio de las diadas no pueden aplicarse a los otros conjuntos de personas, mientras que las que ofrece el estudio de los grupos de tres o más componentes tienen valor para todos ellos. Creo que estos hallazgos, indiscutiblemente asentados sobre base experimental, nos autorizan para separar claramente las diadas de los grupos verdaderos que, por lo tanto, tendrían como número mínimo el de tres componentes.

El límite máximo puede también ser discutido. Si no se toma en cuenta el concepto de integración, puede, como hemos visto, considerarse como grupo cualquier número de personas que, de alguna manera, llenen

8 Simmel, G.: "The Sociology of George Simmel", Free Press, Glencoe, III, 1950
9 Caplow, T.: "Further development of a theory of coalitions in the triad", Am. J. of Sociology, Vol. 64, 1959.
10 Mills, T. M.: "Power Relations in Three-Person Groups" en Cartwright y Zander: "Group Dynamics".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las condiciones exigidas por el estudioso entre las ya referidas, pero si nos ajustamos a lo establecido, podremos decir que el número mayor de individuos que pueden constituir un grupo está determinado por la posibilidad de dicha integración.

No conozco estudios dirigidos específicamente a este tópico, pero la experiencia de psicoterapia grupal ha acumulado datos que permiten suponer que ese número oscila entre 6 y 10 personas.

2.—*De las necesidades que el grupo llena.*

Pero, ¿qué significa integración? ¿Cuándo podemos decir que se ha producido de tal manera que, del agrupamiento, haya nacido un grupo? Son, indudablemente, las primeras preguntas que se presentan y cuyas respuestas me parece que pueden ser halladas en la ya referida noción de la Gestalt. Un conjunto de personas se considerará como grupo cuando, de un agrupamiento sumativo, se haya transformado en una Gestalt.

Esto quiere decir, por supuesto, que posee todos los caracteres distintivos de las Gestalten y se comporta como ellas.

No creo necesario entrar en una detallada enumeración de esas características pero, en nuestro caso, hay quizás una que merece destacarse especialmente: la de la unidad y totalidad reactiva en la acción y el sentimiento, mostrándose, en el primer caso, como *acción grupal* y en el segundo (y acaso como determinante del anterior) como *sentimiento grupal,* sentimiento del *Nosotros, que* substituye definitivamente el Yo, Tu o El.

Soy consciente de que este punto de vista (el de considerar como grupo solamente aquél que ha llenado la condición establecida), diferencia mi posición de la generalmente aceptada, pero creo que ayuda a una delimitación precisa y a un estudio más riguroso. Nos plantea, por otra parte, nuevos e importantes problemas que necesitan solución: ¿Qué es lo que lleva a los hombres a formar grupos? ¿Por qué se organizan éstos como Gestalten?

La primera de las preguntas planteadas ha tenido, por supuesto, una serie de respuestas, siendo la más común, y la más fácil, el referirse a un "instinto", el llamado "instinto gregario" que llevaría a los hombres a unirse en comunidades más o menos organizadas o, acaso más precisamente, a evitar el aislamiento.

Tratando de no recurrir a esta respuesta, debemos, sin embargo, recordar una experiencia bastante conocida que parece probar que el ser

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

humano, para adquirir la plena categoría de tal, necesita de la vida en comunidad con sus semejantes. Se trata de los ejemplos ampliamente descritos, de infantes que, alejados por una causa u otra de la vida social, no presentaron características humanas y, en algunos casos, no llegaron a hacerlo apesar de su incorporación a la sociedad. Singh y Zingg [12] describen con detalle el de dos niños indios, rescatados de la selva por un sacerdote quien, apesar de sus esfuerzos, no consiguió sino pobres resultados de "humanización". Otros casos bien estudiados son los que presenta Davis (11): dos niñas que, criadas en aislamiento, a la edad de 6 años no tenían ciertamente características humanas.

Fácil es comprender estos hechos si pensamos que el desenvolvimiento de la psiquis humana no puede, en realidad, hacerse completo sin el lenguaje y éste no se manifiesta sino en la interrelación con semejantes y si comprobamos que, sobre la base de las tendencias biológicas básicas, es el ambiente comunitario —"la cultura"— la que impone todas las características del desarrollo, como muy bien lo han probado los antropólogos en sus estudios comparativos.

De la diada al grupo

Todo ello nos lleva a estudiar la evolución del hombre, a lo largo de su vida, desde el punto de vista de su interrelación, de su posición en referencia a los demás hombres.

Si bien el individuo completamente aislado no existe en la realidad y, como hemos visto, si pudiera existir, no podría ser considerado como hombre, nos hallamos ciertamente ante el hecho de que lo que caracteriza definitivamente la primera parte de su vida es su pertenencia a una diada. El niño recién nacido no es, de ninguna manera, un individuo: forma con su madre una simbiosis psico-somática perfecta. Esa unión, fisiológica, a traves de la alimentación principalmente, y psicológica, obra sobre la madre favoreciendo la evolución y el equilibrio anímico y sobre el infante, determinando el desarrollo y maduración de sus aparatos y de su personalidad.

Todo ello hace, pues, de esta simbiosis, de este aparejamiento primero, una necesidad y un ideal (alabado por los médicos y cantado por los

11 Davis, K.: "Human Society", MacMillan, New York, 1948.
12 Singh, J. y Zingg, R.: "Wolf-Children and Feral Man" Harper, New York, 1939.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

poetas) pero, al mismo tiempo, limita su vigencia de acuerdo, precisamente, con su función. Llegará un momento en el que debido, por una parte, a la maduración fisiológica y, por otra, al crecimiento personal y a las necesidades de la vida misma, esa diada deberá deshacerse para dar lugar a la formación del primer grupo: la familia.

Notemos aquí que se trata de un paso hacia la maduración y hacia la estructuración de la personalidad, paso, por lo tanto, necesario y comprenderemos cómo cualquier alteración de este proceso nos conduce a la patología. Si el niño y la madre, pasados los primeros dos años de vida, no son capaces de deshacer la diada y entrar en la dinámica del grupo familiar, toda la evolución del futuro hombre será alterada y estaremos frente a situaciones anormales.

¿Podemos deducir de ello que la diada es un paso, necesario pero obligatoriamente superable, y que el grupo constituye la meta natural del desenvolvimiento del ser humano hacia la madurez? Así lo parece, pero nos hallamos con el fenómeno, fácilmente observable, de que, en los casos normales, esa primera inmersión en el grupo es abandonada bien pronto para recurrir a la formación de nuevas diadas a través de la vida.

La primera de ellas se encuentra cuando el niño, o la niña, se "apareja" con un amiguito o amiguita en una intimidad que tiene todas las características diádicas y se aísla, así, del resto de sus compañeros. Bien pronto, sin embargo, esa diada cede a la presión grupal y el niño afloja sus lazos duales para formar nuevos grupos con los otros de su edad: "barras", "tiras", "patotas", "clubs", etc. en que la dinámica grupal se impone.

He aquí, sin embargo, que, unos años más tarde, al despuntar la pubertad, un nuevo aparejamiento aparece: el de los enamorados. No necesito insistir en sus características para que lo aceptemos como una nueva diada que absorbe la vida de relación de sus componentes.

Esta diada se deshace, también normalmente, con la unión de la pareja, la formación de la familia y la incorporación de los hijos, con los que se formará nuevamente un grupo, cerrándose de esa manera el círculo normal.

Todo ésto nos hace pensar que la formación de parejas, de diadas, no es sino el paso hacia la estructuración de grupos y que el grupo pudiera considerarse como la etapa madura de la evolución humana.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

De la diada como patología

Este hecho parece comprobarse si nos detenemos a analizar lo que ocurre cuando la evolución arriba esquematizada se altera; cuando, por algún motivo o motivos, que ahora no podemos revisar, la diada persiste e impide que el individuo se haga miembro del grupo. No se nos ocultan las consecuencias patológicas de la persistencia de la diada madre-hijo más allá del tiempo necesario para el cumplimiento de sus funciones naturales. El niño que no es capaz de romperla para formar un grupo en el que participen dinámicamente el padre y los hermanos, el niño que se mantiene atado a su madre y se aísla de los demás está anormalmente fijado en una etapa y esa fijación debe influir de un modo desfavorable en su evolución posterior.

La madre, por otra parte, que se aferra a la simbiosis porque llena alguna necesidad inmadura o neurótica de su personalidad está, por supuesto, determinando patología, que se reflejará muy pronto en la personalidad de su hijo.

Del mismo modo, el niño que, a su tiempo, no es capaz de romper el aparejamiento con el compañero y entrar a formar parte de una comunidad grupal, está mostrando una falla de su estructura psicológica y perpetuándola y haciéndola grave.

El enamoramiento, después de la simbiosis madre-hijo, es la diada perfecta, pero, como en los casos anteriores, debe dar lugar al grupo. Si la pareja no es capaz de incorporar al hijo o los hijos y formar una comunidad familiar integrada, no se está desenvolviendo normalmente.

Es, precisamente, ese fenómeno el que se halla, para mí, en la base de la patología familiar. Veamos, en una rápida revisión, los casos que pueden presentarse, y que se presentan demasiado frecuentemente:

1. La pareja madre-padre se mantiene como una diada. En estos casos, los hijos son rechazados, sentidos, consciente o inconscientemente, como intrusos, con todas las consecuencias fácilmente imaginables. Esta patología es visible en las instancias en las que el padre teme ser "desplazado" por el hijo o la madre se esfuerza en mantener la atmósfera de luna de miel en el matrimonio.

2. La diada madre-hijo persiste más de lo necesario. Los especialistas estamos acostumbrados a ver diariamente ocurrencias de este tipo. La madre, inmadura o frustrada, o ambas cosas, "se prende" a su hijo e impide la formación del grupo, determinando la consecuente patología.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3. Se establece la diada padre-hijo. En la mayoría de estos casos es el padre el que necesita espúreamente del hijo para compensar deficiencias o gratificar necesidades neuróticas.

4. Se forman diadas entre los hijos. Este fenómeno se produce comúnmente como una forma reactiva frente a la actitud de los padres, ya sea rechazando a los hijos o dando decidida preferencia a algunos.

No es, por supuesto, el momento de entrar en el estudio de todas las consecuencias de estos hechos y de la importancia de este nuestro punto de vista para el estudio de la familia normal y enferma, pero creo que las consideraciones apuntadas nos ayudan a afirmar nuestra convicción de que *el ser humano maduro encuenta su realización plena en el grupo* y de que, si ello es así, no es difícil comprender su tendencia a la formación de grupos como paso indispensable para esa realización.

Del agrupamiento al grupo

Desde otros puntos de vista psicólogos, sociólogos y antropólogos han llegado a similares conclusiones y, entre los muchos trabajos realizados, son interesantes las especulaciones de George Mead [13] quien postula la existencia, en el hombre, de un *yo*, espontáneo, del que parten los impulsos a la acción; un *mi*, que no es sino un representante interior del otro o los otros, y un segundo "*mi*" que nace como intermediario entre el diálogo del yo y el mi. Sin entrar en el análisis de la complicada teoría del autor, quiero solamente recalcar que ella —dirigida a explicar la consciencia del yo— hace claramente notar la necesidad de la comunidad para la estructuración del individuo en sus más esenciales componentes, concluyendo que "la persona, en el sentido de aquello que puede ser objeto para sí mismo (lo que hemos llamado consciencia del yo), es esencialmente una estructura social y surge de la experiencia social".

Ahora bien. Si el ser humano necesita el grupo aún para poder *ser*, y si el primer grupo del que formó parte es la familia, es comprensible que —principalmente por los psicoanalistas— se haya querido ver en todos los grupos de su vida posterior remedos del primero, "transferencias" de la situación familiar con estructuración de sus componentes como "hermanos" alrededor de un "padre" y una "madre".

Es indiscutible que existe una tendencia a que esa dinámica aparezca

13 Mead, G.: "Espíritu, persona y sociedad", Edit. Paidos, Buenos Aires.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

una y otra vez, pero ella no agota, de ninguna manera, las posibilidades de los grupos humanos y debemos plantearnos la otra pregunta que dejamos esbozada más arriba. ¿Por qué la reunión de seres humanos tiende a organizarse con características gestalticas? En otras palabras: ¿qué es lo que hace que la agrupación sumativa de individuos se convierta en el Gestalt "grupo"?

No creo estar en condiciones de responder a esta pregunta de una manera convincente, pero la experiencia me ha llevado a tratar de ver en ello un fenómeno natural, comparable, con las distancias obvias, con la cristalización de soluciones o la organización de las células en tejidos, órganos o seres.

De todas maneras, creo que pueden estudiarse ciertas condiciones que favorecen la constitución de grupos y ciertas otras que a ella se oponen. Trataré de enumerar algunas. Entre los *alicientes* podemos distinguir:

a) Los que podríamos llamar alicientes "internos" que estan constituídos fundamentalmente por esas fuerzas agrupadoras a las que me he referido como indispensables para el desenvolvimiento de la personalidad humana, llámense compañerismo, necesidad de formar un Nosotros, etc.

b) Los que podrían considerarse como alicientes "externos" que, a su vez, pueden separarse, esquemáticamente, en dos grupos: 1) aquellos positivos: logro de fines que solo el grupo puede conseguir, beneficios materiales, prestigio, etc. y 2) los negativos: riesgos inherentes en no pertenecer al grupo, ostracismo, etc.

Frente a estos alicientes hallamos lo que podríamos llamar *resistencias* que pueden ser conscientes e inconscientes. Su análisis necesitaría un capítulo especial y acaso deba realizarse luego del conocimiento empírico que solamente el acucioso estudio de los grupos en funcionamiento permite.

3.—*De los fines del grupo.*

Los autores coinciden en hacer de la finalidad una de las características definitorias del grupo. Creo, sin embargo, que, aquí también, debemos diferenciar claramente los fines conscientes de los inconscientes.

Los primeros, por supuesto, pueden variar al infinito: desde el cumplimiento de un trabajo definido en un tiempo determinado hasta el luchar por propósitos superiores y abstractos, sabiendo que se trata de ideales inalcanzables, pero por los que merece la pena esforzarse.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

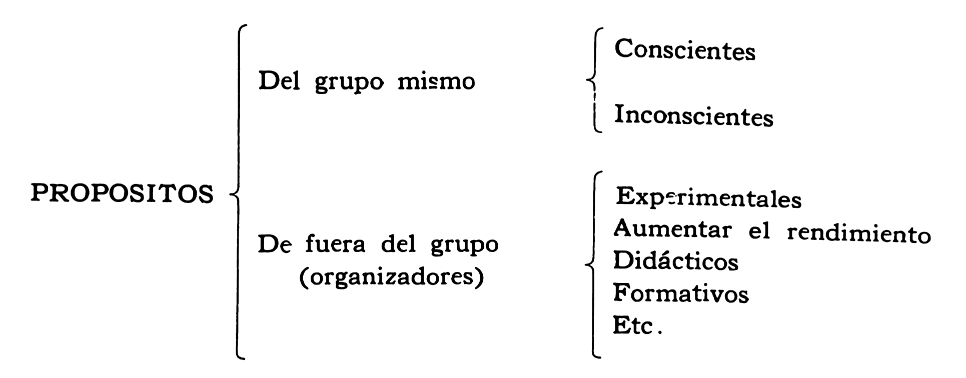
Creo, por otra parte, que se debe diferenciar claramente, sobre todo cuando se trata de emplear la dinámica grupal, entre el propósito y la tarea del grupo.

Considero como *propósito* de un grupo lo que se desea alcanzar por medio de él: mejoramiento de relaciones humanas, rendimiento superior, curación de alteraciones psicológicas, etc. Reservo el nombre de *tarea*, de acuerdo con la definición de la Real Academia de la Lengua, al "trabajo que debe hacerse en un tiempo limitado", es decir al trabajo que ccupa el grupo *como medio,* medio que puede ser un medio de integrar al grupo, de estudiar el proceso de dicha integración cualquiera de las características del grupo mismo en función: liderazgo, reacción a frustraciones, etc.

De ello se desprende que, si bien no puede existir grupo sin propósito, puede existir sin tarea específica.

Por otra parte, el propósito puede ser del grupo mismo y tener o no manifestación consciente; o puede no ser del grupo, sino de quien lo haya organizado (grupos experimentales, didácticos, formativos, etc.)

En el cuadro siguiente trato de resumir lo explicado:



Podemos resumir lo expuesto hasta ahora diciendo que consideramos como grupo para los propósitos de ese estudio, *un conjunto limitado de personas (de tres a diez) que, reunidas con un propósito determinado, se comunican cara a cara y que, a través de esa comunicación, han logrado integrarse.*

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SINCOPE

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ETIOPATOGENIA, CLINICA Y ELECTROENCEFALOGRAFIA. CLASIFICACION

ALEJANDRO ARELLANO Z.*

INTRODUCCION

Usualmente cuando se habla de síncope surge la idea de una crisis vasovagal o cardíaca, como en efecto, sobre todo la primera, es la forma más frecuente y conocida. Sin embargo, la incidencia del síncope es mayor de lo que a primera vista parece. El síncope en mayor o menor grado está presente en otras manifestaciones patológicas que producen oligohemia o hipoxia cerebral e incluso a veces confundido con otros accesos tales como los epilépticos. Por otra parte, el mecanismo etiopatogénico en muchas circunstancias no está bien aclarado y más aún algunos autores como Broser (6) basados en la fisiopatología desechan el concepto de síncope y lo llaman más bien ataques cerebrales vegetativos, mientras que otros como Bamberger y Matthes, Gastaut, Naquet, (3, 19, 38) y otros identifican el término síncope con la pérdida de la conciencia debido a trastornos circulatorios. En fin, podría decirse que dentro de las manifestaciones de la anoxia los síntomas encefálicos son los más importantes siendo el disturbio de la conciencia su principal expresión y por lo mismo el síncope. Desde hace bastante tiempo escuelas e instituciones dedicadas a la medicina aeroespacial prestan particular interés a los estudios de los disturbios de la conciencia.

* Profesor Asociado y Jefe de los Servicios de Electroencefalografía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En la presente nota se hacen algunas consideraciones acerca del concepto, etiopatogenia, la clínica y electroencefalografía del síncope, y se dá a conocer una clasificación etiopatogénica de los síncopes.

Síncope es un término que proviene del griego Syn que significa *con* y koptein que significa *golpear* lo cual literalmente significaría un golpe o manifestación brusca que produce cesación de ciertas funciones.

De esta manera el síncope se define como un sindrome constituido por un conjunto de síntomas en que fundamentalmente se caracteriza por la pérdida de la conciencia más o menos rápida, más o menos acentuada y pasajera, atribuida a disturbios que se deben a una anoxia o hipoxia cerebral. Con esta definición se entiende que el síncope es más bien una expresión clínica que obedece a diversas causas. Por otra parte lo diferencia del coma, en que la instalación es gradual y prolongada y del shock por ser reversible. Ambos procesos se diferencian en que los estímulos no injuriosos no modifican el estado de inconciencia.

Síncope, lipotimia, desvanecimiento, desmayo o vahido y hasta el mareo, por ésta razón, son en cierto modo sinónimos, la diferencia reside en que el compromiso de la conciencia es menos aparente, la diferencia es cuantitativa nada más, son algo así como los hermanos menores del síncope. Podría decirse que el síncope varía en sus manifestaciones clínicas, desde el pequeño síncope al gran síncope y por último el síncope mortal y, según el número de accesos, pueden ser iterativos o nó, e incluso aún puede hablarse de "status syncopalis". Además en el síncope los acontecimientos ocurren con rapidéz pero no en forma tan súbita que lleven a la inconciencia simultaneamente al sujeto, lo cual lo diferencia incluso de ciertas formas de la epilepsia.

FASES DEL SINCOPE

En el síncope, clásicamente así denominado, podrían establecerse, con fines didácticos, los siguientes períodos: un período pre-crítico y otro post-crítico.

En el período pre-crítico o prodrómico el sujeto manifiesta diversos síntomas que en forma más o menos sucesiva o simultánea y progresiva experimenta. Comienza con una sensación mal definida pero desagradable, lo que en nuestro medio llaman "languidez", una sensación de desfallecimiento, de sentirse mal y falto de fuerzas o debilidad, que refieren algunos "a la boca del estómago", para indicar la región epigástrica, en donde simultáneamente hay un disconfort que se acompaña de náuseas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y aún vómitos. Parestesias del segmento cefálico y extremidades, el sujeto bosteza frecuentemente, tiene mareo, éste término es muy usado entre nosotros para referir la sensación de pérdida del equilibrio, le parece que el piso fuera inestable e incluso sensación vertiginosa, como si los objetos que lo rodean diesen vueltas y perturbaciones visuales consistentes en escotomas de diversa índole o visión borrosa; al mismo tiempo, puede tener aunque, en forma rara, manifestaciones auditivas tales como zumbidos o acúfenos, muestra palidéz facial que va acentuándose y cambiando desde un tono claro hasta el lívido ligeramente cianótico, mostrando la clásica cara de tono gris ceniza acompañado de sudoración fría del rostro, lo que simula en ocasiones como si el sujeto hubiera salido de una ducha. Los síntomas se acentúan, la sensación de debilidad es generalizada a los músculos, las disestesias a las extremidades y embotamiento de las mismas dan al individuo la sensación inminente de caida o incapacidad de mantenerse en pie o sentado. Estos síntomas pueden presentarse con mayor o menor intensidad, pero de todos modos anuncian al sujeto el peligro de inminente caída y también llaman la atención de los observadores. De ahí que, excepcionalmente, el sujeta se lastime al caer.

Luego viene el período crítico en que aparece propiamente la perturbación de la conciencia, más bien diremos la pérdida de la conciencia, cuya duración y grado de profundidad son variables, desde la ligera obnubilación hasta la pérdida completa. Unos pacientes no están completamente desconectados del ambiente, pues pueden oir, ver borrosamente, etc., sus sensaciones son confusas o ilusas pero no ausentes y en otros la pérdida de la conciencia es profunda con incapacidad de responder a los estímulos no injuriosos. Puede durar fracciones de segundo, segundos o minutos, rara vez va más allá de los 30 minutos. Casi simultáneamente hay perturbación del tono muscular, hay hipo o hipertonía, a veces contracciones musculares parciales mínimas y más aún algunos autores señalan convulsiones generalizadas. Esto ha permitido a ciertos investigadores establecer la existencia de relaciones entre el síncope y el ataque epiléptico. Existiría pues una condición fronteriza "borderline" en ambos procesos la que ha sido denominada "síncope encefálico" (encephalosyncope de Kershman, (31, 32). A este respecto no estoy de acuerdo con los autores que sostienen esa abundancia convulsiva generalizada en el síncope, esta se presenta en aquellos casos en los que anoxia o hipoxia ha sido suficientemente acentuada y prolongada y podríamos decir pre-mortem, por lo demás esta reacción convulsiva puede hacerla un individuo normal sometido a una gran anoxia como ocurre en el su-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

jeto estrangulado, intoxicado por monoxido de carbono, sometido a una cámara de baja presión o llevado rápidamente a una gran altura, etc.

La persona en crisis sincopal ha caído en colapso, queda inmóvil y con hipo o hipertonía o mioclonía parcial, inconciente, con dilatación pupilar, palidéz lívida o ceniza, sudoración, conservación de los esfínteres, no hay espuma por la boca y hay reducción de las funciones vitales, hipotensión arterial, hipotermia e hipopnea, pulso y respiración imperceptible todo lo que hace parecer una muerte aparente. A poco de permanecer el paciente en decúbito todas las funciones vitales mejoran, el color de la cara, retorna la conciencia, se recobra el paciente, parpadea y desde ese momento su percepción es correcta.

En el período post-crítico el paciente tiene conciencia de su debilidad física y tiene temor a que se repita el síncope, el cual puede en efecto repetirse e incluso puede haber, aunque en forma rara, casos de "status" sincopales por la frecuencia de estos accesos. En el período post-crítico sincopal no existen habitualmente los síntomas post-ictales del epiléptico, no hay cefalea, sueño, automatismos, mioclonías residuales, parálisis, etc. y no hay amnesia.

El cuadro clínico arriba descrito corresponde al clásico síncope, al síncope espontáneo que presentan algunas personas aparentemente normales fuera del acceso, y sin causa obvia y que se debe usualmente a la insuficiencia circulatoria periférica vasovagal. Este cuadro subsiste en lo fundamental en las diversas modalidades del síncope. Sin embargo existen variaciones según los mecanismos etiopatogénicos. Así, por ejemplo, en los denominados síncopes cardíacos puede existir ya sea una taquicardia o bradicardia e incluso una asistolía la cual puede ser funcional debido a una simple estimulación vagal o a una causa orgánica que dificulte la conducción aurículo-ventricular, como pasa en el sindrome de Morgagni-Stock-Adams; en otras formas, el pulso y la presión arterial no varían o varían poco, como pasa en la estenosis aórtica. De la misma manera se puede hablar en tratándose de las anemias, especialmente las agudas, como pasa en la anemia aguda de la Enfermedad de Carrión, el grado y frecuencia de las manifestaciones sincopales estan vinculadas principalmente al grado de anemia. Asimismo, el síncope de suyo, puede ser la primera de las manifestaciones que evidencia un proceso, como ocurre en la hipertensión pulmonar primaria durante el ejercicio o durante la hiperventilación o la altitud o "síncope de altura" en otros; igualmente, puede ser del hiperinsulinismo o bien una manifestación de un cuadro de insu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ficiencia circulatoria cerebral. Por otra parte, repetimos, el síncope tiene diversos grados y duración de la perturbación de la conciencia y por eso el período crítico puede ser a veces poco aparente o variadamente fugaz sobre todo si el paciente de suyo toma una posición de reposo o es prontamente atendido y puesto en posición horizontal oportuna. En algunas formas del síncope puede haber complicaciones sobrevenidas, tales como edema pulmonar con incluso signos neurológicos como ocurre en el denominado "fainting lark" y algunos síncopes producidos en traumatismos toráxicos y en el "blast lung" sin lesión de la caja toráxica ni contusión pulmonar; análogo fenómeno podría atribuirse a ciertas formas de edema pulmonar sobrevenido en algunos sujetos que sufren los efectos de la anoxia cuando ascienden a la altura. En algunos de ellos el edema pulmonar sería esencialmente neuro-hemodinámico o neurogénico en su origen, lo cual no excluye la concurrencia de otros factores.

ELECTROENCEFALOGRAFIA

Desde el punto de vista electroencefalográfico distinguimos dos períodos: uno durante el acceso sincopal y otro en inter sincopal.

Durante el acceso sincopal hay cambios bio-eléctricos cerebrales evidentes que ocurren generalmente con el compromiso de la conciencia y están en relación con el grado, intensidad y duración de la nipexia cerebral. Las alteraciones bioeléctricas consisten en asincronía, lentificación de los ritmos, que van desde la frecuencia theta a la delta, usualmente paroxismales, a veces en andanadas hipersincrónicas y generalmente difusas a predominio fronto-central y de alto voltaje. Si la anoxia es aún mayor puede llegarse al silencio bioeléctrico, hay marcado hipovoltaje y aplanamiento del trazado el cual puede durar períodos más o menos cortos para reactualizarse la actividad primitiva paroxismal cada vez menor y menos definida. La actividad lenta puede acompañarse de actividad tipo "spike" o punta, sobre todo en ciertas anoxias convulsivas cuando el acceso se acompaña de mioclonías o accesos convulsivos o se trata de los llamados encefalosíncopes de Kershman. Recientemente Hughes, Sclagenhauff y Magos (27) han encontrado complejos de "spike y onda lenta" o "punta y onda lenta" de seis ciclos por segundo, en el 22% de casos de síncopes.

En el período intersincopal o sea aquel en que el paciente se encuentra aparentemente sano, usualmente el electroencefalograma no revela anormalidad excepto aquella que corresponde al fondo causal del sínco-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pe, esto lo diferencia también del epiléptico el que, en un porcentaje mayor, presenta anormalidad en el período inter-ictal. Sin embargo ciertos procedimientos tales como la hiperventilación, la mesa bascular, la compresión o masajes carotídeos y sobre todo el reflejo óculo-cardíaco pueden ser útiles para provocar estos accesos como Engel y colaboradores, (12, 13), Romano y colaboradores, (42), Jiménez Espinoza y colaboradores, (28, 29), Gastaut y colaboradores, (16, 18, 20), Mayer, Leiderman y Denny Brown (37) entre otros, demuestran su importancia. Según Gastaut y colaboradores, (16, 18, 22) el diagnóstico sería posible en el 71%. Los dos últimos procedimientos deben ser empleados cuidadosamente por que pueden ser contraproducentes y un tanto peligrosa para la vida del paciente desde que, con ello, se provoca una marcada bradicardia, hipotensión y asistolia la que empieza a producir cambios bioeléctricos cerebrales a partir de los tres segundos, alcanzando a veces hasta 14 segundos y aún más, o sea que se produce ocasionalmente el paro cardíaco por un tiempo suficientemente prolongado que provoque hipoxia cerebral tal que produzca alteraciones electroencefaligráfica. Las alteraciones bioeléctricas en otros casos de síncope pueden ser asimétricas o focales como lo demostraron Meyer, Leiderman y Denny Brown (37) quienes encontraron actividad lenta focal en ciertas insuficiencias circulatorias cerebrales pasajeras por medio del procedimiento denominado "tilting table".

Aquí agregaré que clásicamente se admite que el paciente en síncope se recupera pronto, rara vez pasa de los 30 minutos, hay sin embargo estados en los cuales se puede producir la muerte por inhibición vagal, como por ejemplo Simpson (44) refiere, y otros estados de inconciencia debido a los daños cerebrales pueden ser irreversibles o mortales, los que dependen fundamentalmente del tipo de hipoxia, su grado, duración y mecanismo. Más aún, la hipoxia puede pasar y la inconciencia persistir e incluso se a determinado por Bokonjic y Buchthal (5) un tiempo crítico de inconciencia post-hipóxica de recuperación, pasado el cual la reversibilidad o recuperación clínica de las manifestaciones neuropsiquiátricas no sería posible. Este tiempo crítico sería de 48 horas para las anoxias por estancamiento y 20 horas para las anoxias anóxicas tipo intoxicación por monóxido de carbono, constituyéndose así en un buen signo de pronóstico; sin embargo la recuperación bioeléctrica es más precóz, para el primero sería de catorce horas y de cinco para el segundo.

Cuando la inconciencia post-hipóxica está por debajo de éstos límites el electroencefalograma recobra su normalidad, más si excede, la anormalidad electroencefalográfica puede subsistir aún después del esta-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cionamiento o recuperación clínica sobre todo tratándose del monóxido de carbono como lo demostrara Fischgold y col. (15), asimismo puede ocurrir lo contrario, el electroencefalograma puede ser normal a pesar de la no recuperación clínica del paciente, especialmente en aquellos en que persisten los trastornos mentales. En otras circunstancias, la anoxia cerebral puede dejar secuelas epilépticas de diversa índole clínica e igualmente variada anormalidad electroencefalográfica.

FISIOPATOLOGIA Y ETIOLOGIA

Hemos adelantado que el síncope es una expresión clínica que obedece a causas diferentes y que en último término es el resultado de la anoxia o más bien de la hipoxia cerebral sobrevenida. Hablamos de hipoxia puesto que etimológicamente es preferible por su acepción relativa y desde que anoxia significaría la falta física de oxígeno que por la anoxemia que produce redundan sus efectos sobre el cerebro y, además, este no sería el único mecanismo. Por otra parte se sabe que las anoxias tales como la asfixia, las intoxicaciones por monóxido de carbono y otras, pueden producir ataques convulsivos; en la isquemia cerebral experimental se han provocado diversos tipos de cuadros convulsivos. Es pues importante dejar en claro que, el tipo, grado y mecanismo de la anoxia cerebral producido en diversas circunstancias, tiene importancia en las variedades del síncope y también, agregaré, en el "grado convulsivo" que le acompaña. Las manifestaciones convulsivas epilépticas en el síncope son mínimas y más bien comprometen el tono muscular. Su aparición podría estar relacionada a los grados de hipoxis y a los efectos de la misma a diversos niveles del sistema nervioso. Los efectos de la anoxia en el sistema nervioso estan grosso modo de acuerdo al desarrollo filogenético de las estructuras nerviosas. Las más recientes son las más afectadas, por eso el neocortex sufre más rápidamente que el meso y el arquicortex.

En el síncope, según Gastaut y colaboradores (16, 18, 20, 22, 24), el primer nivel correspondería a los efectos de la hipoxia a nivel corticotalámico que es el responsable de la presencia de los potenciales lentos paroxismales y de la pérdida conciencia. La total parálisis de este nivel, produce el silencio bio-eléctrico y la perturbación del funcionamiento de las estructuras hipotálamo mesencefálicas con liberación de los centros tonogenéticos del sistema reticular ponto-bulbar el cual continuaría aún funcionando debido a su mayor resistencia a la hipoxia de acuerdo a lo di-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cho anteriormente. Hasta aquí el síncope y la epilepsia son análogos en cuanto al mecanismo neurofisiológico y clínicamente también, en sus manifestaciones espasmo-tónicas, las cuales se deberían a la activación de la formación reticular mencionada. En la epilepsia el resto del cerebro es funcionalmente activo y por eso entra en juego. La descarga en el sistema reticular pontobulbar se extiende a las estructuras mesencefálicas la que en su parte rostral talámica, digamos del sistema talámico no específico, provoca descargas por respuesta de reclutamiento, con todas las características de la descarga epiléptica, a toda la corteza cerebral. Así se explica que en el síncope hay cierto estado de descerebración funcional en que la rigidez contrariamente a la comicial no es seguida de contracciones rítmicas de fase clónica de las convulsiones generalizadas, como las que se observan en el ataque epiléptico. Parecería evidente que en el ataque epiléptico interviene un proceso de inhibición probablemente localizada en el telencéfalo que interrumpiría la fase tónico-espasmódica y con ello empezaría la fase clónica. Este proceso de inhibición tendría un doble mecanismo, uno pasivo o negativo de exhausión neuronal y otro activo. Jung (30) registró ondas lentas a nivel del núcleo caudado durante la fase clónica del ataque, las que aparecieron interpuestas entre ritmos rápidos de corteza y tálamo y por ello sugiró que el núcleo caudado sería la estructura inhibidora. Gastaut y Hunter (21, 22) registraron análoga actividad en los núcleos intralaminar y de la línea media del tálamo. Visto así, la descarga bioeléctrica tálamo-cordical de la crisis epiléptica es responsable de la actividad "spike" cortical y de la "liberación" de la formación reticular y puede igualmente ser responsable de la puesta en acción del sistema inhibidor que con sus ondas lentas interrumpe la actividad "spike". Por eso Jung (30) llamó a la onda lenta "onda interruptora", Gastaut "onda inhibidora" y Gray Walter "onda phyláctica". Por lo tanto, existirían dos mecanismos diferentes en ambos procesos, su vinculación sería menos confusa pensando en los términos expuestos y su co-existencia clínica rara, pero posible. Un sujeto que padece de síncope puede tener epilepsia, pueden co-existir estos cuadros y más aún los factores "síncope geníticos" pueden precipitar ataques epilépticos sobre todo si hay fondo o substracto ictafin. Por lo demás se ha descrito un cuadro convulsivo denominado por Gastaut (17) "síncope convulsivo" o convulsión anóxica.

Si bien es cierto que esta explicación es bastante plausible para diferenciar el clásico síncope del clásico ataque epiléptico generalizado, sin embargo no explicaría enteramente los fenómenos que ocurren en otras

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

formas de síncope y menos aún cuando se trata de las formas poco aparentes y en los que el factor isquémico es igualmente poco evidenciable.

A la hipoxia cerebral se llega por diversos mecanismos. Ya Barcroft dividió las anoxias clásicamente en tres tipos: la anoxia anémica, la anoxia por estancamiento y la anoxia anóxica o propiamente la anoxémica. Peter y van Slike (39) agregaron un cuarto tipo denominado anoxia histotóxica y más aún habría una quinta forma que sería una combinación de dos o más tipos.

Por tanto las causas serían fundamentalmente cuatro y varios los mecanismos de producción de cada uno de ellos, muchos de los que a veces se imbrincan.

En la hipoxia por estancamiento el trastorno del riego sanguíneo cerebral es debido fundamentalmente a una causa cardio-circulatoria que, de acuerdo a Sodeman (45), puede recidir principalmente en el retorno de la sangre al corazón o que el defecto fundamental esté en el corazón mismo y una tercera modalidad en el cual el defecto reside en la llegada de la sangre al cerebro. Al primero se le denomina pre-cardíaco, por este mecanismo se explicarían los síncopes debidos a la insuficiencia circulatoria periférica y los síncopes debidos al aumento de la presión intratoráxica y abdominal. En el segundo mecanismo, denominado cardíaco, el corazón no trabaja adecuadamente ya sea por alteraciones de la frecuencia, el ritmo o diversas lesiones del miocardio y en la tercera modalidad, denominada post-cardíaca, la sangre no llega al cerebro por que hay una dificultad principalmente mecánica como pasa en la estenosis aórtica, trastornos de los vasos pulmonares o compresión de las carótidas.

Análogamente, podríamos decir, cuando se trata de la hipoxia anoxémica o como le llaman usualmente anoxia anóxica, en que el defecto de la hipoxia cerebral reside en el bajo contenido de oxígeno en la sangre circulante el cual puede deberse a diversos mecanismos de interferencia de la llegada de oxígeno a los pulmones o a la baja tensión de oxígeno ambiental o inspirado, ya sea por la descompresión, la presencia de otros gases o la gran altura. Aquí tiene especial interés para nosotros lo que podría denominarse "síncope de altura" como una manifestación de los efectos vinculados con el "soroche" o mal de altura especialmente en su forma aguda, pese a que en forma crónica, principalmente en la enfermedad de Monge, este mecanismo no explicaría enteramente las manifestaciones sincopales de dicha policitemia. Ya hemos dicho que el factor neurogénico en la patogenia de la hipertensión pulmonar primaria y del edema que puede sobrevenir, es importante tenerlo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

presente en los fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos sobrevenidos en la altitud.

Tratándose de la anoxia anémica la deficiencia fundamental reside en la baja de hemoglobina, por lo tanto, en el insuficiente suministro de oxígeno a los tejidos, como pasa en las anemias, especialmente agudas. Particular interés también tiene esto, entre nosotros, para explicar ciertas manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Carrión e incluso explicaría parcialmente las alteraciones electroencefalográficas encontradas por Arellano y Quezada (2). Por parte puede también estar disminuido el trasporte de oxígeno por alteración del hematíe o de la hemoglobina misma, esto casi colinda con la otra forma denominada anoxia histotóxica en la que el sistema enzimático de la respiración celular o sea la utilización del oxígeno está alterado como pasa, por ejemplo, en la intoxicación por cianuro, metahemoglobinemia, y otras.

En realidad en la patogenia de algunas síncopes conjugan dos o más mecanismos, factores y condiciones que llevan a la hipoxia cerebral, de ahí que su clasificación resulte difícil.

CLASIFICACION

No existe una clasificación satisfactoria de los síncopes, todas merecen mayor o menor crítica. Ya Engel (11, 12) había considerado ocho variedades, en su mayoría más bien vinculadas con las formas de insuficiencia circulatoria vasovagal. Gastaut y Gastaut (16) clasifican los síncopes, desde el punto de vista sintomático, en secundarios y esenciales: los escenciales los divide según la edad, así habla del síncope del niño "chico", del niño grande, del adolescente y del adulto. Esta clasificación puede ser útil, pero es un tanto difícil admitir la identidad clínica de los secundarios y los esenciales. Breser (6) en su clasificación no usa el término síncope si no el de "ataques cerebrales vegetativos" y define cuatro grupos principales: 1) los debidos a trastornos de regulación cardíaca y vascular, 2) a los trastornos de la regulación del agua y minerales, 3) a los trastornos de la regulación del metabolismo de los carbohidratos, y 4) a los trastornos de la regulación del sueño y vigilia. A los del primer grupo los subdivide en ataques vasovagales, vagocardíacos, simpático-cardíacos y simpático-vasales. Una buena clasificación etiopatogénica es la de Adams y Harrison (1) en la que consideran en forma amplia diversas formas del síncope. Sin embargo nos merece algunas críticas, que de acuerdo a nuestra exposición no podría aceptarse en su totalidad, pues

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA Hospital Víctor Larco Herrera Magdalena del Mar

en lo concerniente a los trastornos epilépticos incorpora dentro de su clasificación a las aquinéticas y otros trastornos convulsivos comunes y a los ataques histéricos. Así mismo omite algunas causas que producen síncope y que no pueden desdeñarse. Nos permitimos proponer la siguiente clasificación.

CLASIFICACION ETIOPATOGENICA DE LOS SINCOPES

I. Cardiocirculatorios

A.—Pre-cardíacos

1. Insuficiencia circulatoria periférica
   a) Síncope emocional, psicógeno o vasovagal (ver autonómicas)
   b) Postural:
      Ortostática
      Enfermedades prolongadas
   c) Otras causas (volumen sanguíneo, variación del tono vascular)
2. Aumento de la presión intratoráxica o abdominal
   Tusivo
   Estornudo
   Algunos actos fisiológicos (micción, defecación, etc.)
   Risa
   Llanto
   Profesionales (Tocadores de instrumentos musicales de viento, sopladores, etc.)
   Apneas infantiles (cierto número de ellas)
   Obstétrico
   Compresión externa tóraco-abdominal (Traumatismo toráxico)
   Compresión patológica intratoráxica

B.—Cardíacos:

1. Funcionales:
   a) Trastornos del ritmo:
      Taquicardias
      Bradicardias
      Extrasistolías

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b) Insuficiencia coronaria
2. Orgánicos
a) Trastornos del ritmo:
Sindrome Morgagni-Stock-Adams
Extrasistolías multifocales
Asistolías transitorias
b) Miocarditis
c) Infartos

C.—Post-cardíacos
1. Estenosis aórtica
2. Trastornos de los vasos pulmonares
3. Comprensión de las carótidas

II. Sanguíneos

A.—Químicas
1. Hipocalcemia
2. Hipoglicemia no endocrina
(post-operatoria, inanición)
3. Intoxicaciones
4. Hiperventilación.

B.—Hemáticas:
1. Anemias:
a) agudas; hemorragias, anemia de Carrión, etc.
b) crónicas
2. Policitemias
a) policitemia vera
b) policitemia de altura
enfermedad de Monge.

III. Neurológicos

A.—Insuficiencia circulatoria cerebral
1. basilar
2. carotídea
3. isquémica (espasmos vasculares, hipertessión arterial, hipotensión arterial, algunas migrañas y otras)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

B.—Encefalopatías

1. Hipertensiva
2. Tóxica
3. Infecciosa

C.—Autonómicas

1. Senocarotídea
2. Oculo-cardíaca
3. Solar
4. Otras vasovagales o depresoras
   a) venipunción
   b) transfusión sanguínea
   c) raquipunción
   d) pneumoencefalografía
   e) punción pleural
   f) hiperdistensión y descompresión rápida de visceras huecas (evacuación de vejiga, recto, etc.)
   g) respiratorio (inspiración profunda)
5. Simpáticas
   a) simpático vasales
   b) simpático cardíacas
   c) otras simpático orgánicas

D.—Sensoriales:

1. Olfatorios: hiperósmica
2. Visuales: vicios de refracción y otros
3. Auditivos: hiperacucias

E.—Neuropatías diversas:

1. Dolor
   a) neuralgias (glosofaringea)
   b) jaqueca (algunas formas)
   c) otros.
2. Tabes
3. Traumáticas, post-traumáticas o post-conmocionales.
4. Tumores
5. Arterioesclerosis

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

IV. Endocrinológicos

A.—Hipoparatiroidismo
B.—Hiperinsulinismo
1. Orgánico
2. Funcional
C.—Hipofisiario
D.—Diabético
E.—Suprarenal.

V. Otras causas:

A.—Físicas
1. Temperatura
2. Presión externa ambiental
a) descompresión
b) altitud
3. Movimientos
a) cinetosis
b) gravedad
c) acelaración
4. Hipotensión oxigénica
a) altitud (soroche agudo o crónico)
b) ambientes hipoventilados
c) ambientes viciados (gases u otros)
B.—Químicas
C.—Tóxicas
D.—Alérgicas
E.—Medicamentosos (quinidínico, insulínico)
F.—Psíquicos (otros tipos de "stress" psíquicos)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico implica, primero, la identificación del síncope mismo y segundo, la determinación de la causa que lo origina; para ésto último el conocimiento de las condiciones y enfermedades o procesos patológicos sincopisantes es indispensable, sobre el cual, por lo extenso, no voy a insistir. La clasificación preliminar presentada de una idea de ello. Muchas manifestaciones sincopales, especialmente las oligosintomáticas, y sobre todo aquellas que denominamos "pequeño síncope", son muy frecuentes pero a veces pasan inadvertidas, confundidas o tenidas con otro nombre co-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera


HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" BIBLIOTECA Magdalena del Mar

mo pasa con el denominado "mareo", el que, en la infancia, puede confundirse con las ausencias o algunas formas muy leves del pequeño mal epiléptico, en el adulto con el aura comical y otras veces están consideradas dentro de lo que se denomina "indigestión" o "enfermedad al hígado" o en la hipertensión arterial y también en la hipotensión crónica. Análogamente se puede decir del síncope provocado por una estimulación olfatoria, lo que hemos denominado "síncope hiperósmico" que bien puede confundirse con una crisis uncinada o una reacción histérica, el síncope audiogénico con la epilepsia fotogénica, etc.; sin embargo, pueden existir situaciones fronterizas difícil muchas veces de diferenciar.

En fin, el síncope clásico, debe diferenciarse de otras manifestaciones paroxismales, accesos o ataques que lo confunden. Hay que distinguirlo fundamentalmente de los ataques histéricos y epilépticos. En nuestro concepto no hay síncope histérico sino ataques histéricos; no hay síncope histérico porque en realidad no hay compromiso de las funciones vitales como ocurre en el síncope verdadero. El compromiso de la conciencia en el ataque histérico no está bien definido; y, finalmente no hay alteraciones electroencefalográficas durante las crisis histéricas.

Al diferenciarlo con la epilepsia hay que distinguirlo en realidad con las diferentes formas clínicas de la misma, particularmente algunas de ellas se le parecen mucho por que el cuadro convulsivo o el compromiso de la conciencia, es mínimo, otros comprometen el tono postural e incluso otros en sus manifestaciones neurovegetativas.

De una manera general el síncope no ocurre durante el sueño, en cambio un grupo de epilepsia son nocturnas, más aún, el sueño es un activador del electroencefalograma, por eso se usa para descubrir algunas formas de las epilepsia sobre todo psicomotoras. Por otra parte hemos dicho que las manifestaciones motoras en el síncope son mas bien de disturbio del tono, principalmente hipertonia o espasmo tónico y convulsión parcial mínima y, muy raramente, ocurren convulsiones generalizadas sin embargo pueden existir e incluso encubrirlas y más raramente co-existir ambos desórdenes. En el síncope hay un período pre-crítico cuyos síntomas pueden confundirse con aquellas epilepsias que presentan prodromos a auras que son las que suelen presentarse en las epilepsias parciales vinculadas con las formas automáticas o psicomotoras o viscerales o autonómicas, y más aún, es posible, que algunas de estas formas tenidas por accesos sincopales sean en realidad formas de epilepsia. Por otra parte en el síncope no hay relajación esfinteriana, no hay mordedura, salivación o espu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ma por la boca o serias injurias, que sí se ven en la epilepsia. Asimismo los síntomas post-ictales de la epilepsia no se ven en el síncope.

Por lo demás la historia llevada con una anamnesis minuciosa permite descubrir los factores, condiciones y causas precipitantes del síncope. No hay que olvidar que este sindrome se presenta en diversas condiciones patológicas ya sean cardiovasculares, endocrinometabólicas, neurológicas, etc. y por lo tanto en su identificación hay que tener en cuenta también el cuadro nosológico de fondo. Asimismo existe un conjunto de factores psicogénicos que juegan un rol variadamente importante según los tipos de síncope. De ahí que debemos insistir en el exámen integral psicosomático en el paciente con síncope.

Se han empleado diversas pruebas que tienen por objeto reproducir el síncope pero que sin embargo no están lo suficientemente difundidas ni aceptadas, así, por ejemplo, se usa la hiperventilación, los cambios posturales y cierto "stress", también algunas maniobras tales como la compresión ocular, la compresión o masaje carotídeo, la prueba de la tos, la maniobra de Valsalva, la modificada por Marcel, etc. También se indican algunas drogas como la atropina, histamina, nitroglicerina y el nitrito de sodio, este último para determinar el umbral sincopal para lo cual se administra 0.3 a 0.65 gms. estando el sujeto de pie. La persona con pobre control vasomotor tendrá pérdida de la conciencia en estas condiciones, asi mismo se ha empleado la insulina e incluso el metrazol.

Finalmente, el exámen electroencefalográfico de reposo y empleando los diversos procedimientos, principalmente la hiperventilación, el masaje o compresión caratídea, el reflejo oculo cardíaco, la mesa bascular e incluso otros métodos de activación contribuyen en forma importante en el diagnóstico diferencial. Agregaremos que la hipnosis así como el factor específico precipitante del síncope, provocado durante el registro electroencefalográfico, puede ser útil; así por ejemplo en el síncope precipitado por la venipunción o durante la inyección se puede reproducir el acceso sincopal si se practica la venipunción durante el examen electroencefalográfico como lo demostrara Lloyd, Smith y Tatlow (33).

De los diversos tipos de síncopes considerados en esta clasificación vamos solamente a ocuparnos de algunas de ellos, en su mayoría serán probablemente estudiados en la Clínica General y en las diversas especialidades a propósito de aquellas enfermedades que producen manifestaciones sincopales o sincopizantes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SINCOPE VASOVAGAL

El cuadro clínico de éste síncope lo hemos descrito al comienzo, sinembargo brevemente recordaremos que éste síncope ha sido denominado también como vasodepresor o psicogénico. Este síncope es la forma más común y tal vez la más conocida. Ocurre generalmente cuando el paciente está de pié. Se dice que es poco frecuente en la infancia y más común en la adolescencia y otras etapas de la vida. Más común en las mujeres que en los hombres. La historia familiar muestra comúnmente cierto grado de inestabilidad autonómica, facilidad para ruborizarse o palidecer, cianosis a las extremidades, hiperactividad pilomotora, cambios en la presión arterial o pulso, etc. Hay familias que tienen facilidad de tener síncopes ante pequeños estímulos. Se instala casi siempre con los síntomas de la fase pre-crítica o prodrómicos mencionados anteriormente. Siendo el síntoma más precóz la sensación de desfallecimiento, de debilidad seguido de "languidéz" o disconfort epigástrico, bostezo, respiración suspirosa, erección demarto-pilosa, "carne de gallina" y sensación de frío. Si en éste período el paciente se acuesta se recupera. De otra manera persisten los síntomas y continúan otros, como el aturdimiento, visión borrosa y palidéz, durante este período sintomático, el paciente muestra gran ansiedad. está sudoroso, con las manos frías y húmedas. Finalmente cae y pierde la conciencia lo cual ocurre generalmente cuando la presión sistólica desciende en forma marcada. El pulso es débil, hay taquicardia, las pupilas están dilatadas, hay hipopnea e hipotermia. Pueden ir acompañadas de las manifestaciones musculares que hemos referido el comienzo. Todas estas molestias desaparecen con la posición horizontal.

La aparición del cuadro vasovagal ocurre generalmente en situaciones variadas de "stress" que incluyen el miedo, la ansiedad, el dolor o una amenaza de injuria real o fantaseada, actos vinculados con la cirugía menor, ver sangre, etc. El hecho de que el síncope vasodepresor tiene un caracter común el cual está vinculado generalmente con el hecho de que los factores que lo producen se relacionan con un tipo de injuria del organismo, sea actual, amenazada o imaginaria, sucede que el síncope vasodepresor representa un tipo de reacción general del organismo a la injuria somática o psíquica cuya significación puede ser descubierta a travéz de una mejor comprensión fisiológica y psicológica de los recursos que el organismo utiliza para protegerse del daño psicosomático.

Es decir, el síncope vendría a constituir como una reacción de defensa contra el daño psíquico somático. Engels (11, 12, 14) dice: "El síncope

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

parece estar relacionado con una manera íntima de experimentar el miedo". Las situaciones de stress que provoca el síncope vasovagal se parecen a los que provoca la ansiedad como respuesta a la amenaza y mientras en este se espera que la frecuencia del pulso y la presión arterial se eleven, en el síncope ocurre lo contrario. Esta aparente paradoja de reacción fisiológica ha sido al parecer resuelta por Graham, Kabler y Lunsford (25) quienes demuestran que el síncope vasovagal es una respuesta difásica. La primera fase sería la justa y adecuada respuesta fisiológica de la ansiedad, con taquicardia e hipertensión arterial, digamos sería la fase hiperdinámica y, la segunda fase, sobrevenida a la reacción brusca de la ansiedad, sería todo lo contrario, es la fase digamos hipodinámica lo que al nivel fisiológico significaría también la cesación del proceso fisiológico que soporta a la primera fase por un mecanismo de oposición refleja y, esto es lo que al nivel clínico representa el síncope, por esto también la muerte y el síncope se parecerían y se explicaría la muerte por inhibición vagal.

Todo esto nos lleva a comprender que en el tratamiento del síncope no solamente debe tratarse el acceso en sí, sino que debe hacerse una psicoterapia adecuada con el paciente. Y esto que decimos aquí podemos generalizarlo para todos los síncopes.

SINCOPE DEL SENO CAROTIDEO

Es conocida la sensibilidad normal del seno carotídeo a ciertos estímulos como el estiramiento. En ciertos sujetos en los cuales existe hiperexitabilidad del seno carotídeo pueden ocurrir diversas manifestaciones que llevan al síncope de tres maneras diferentes y por estímulos que lo pueden provocar, tales domo un cuello ajustado al voltear la cabeza a un lado o aún por un simple rasuramiento de la región del cuello correspondiente al seno carotídeo. Se inicia generalmente cuando el sujeto está de pie y en este caso la caída es casi brusca. Existen tres tipos. Primero, la forma vasodepresora, mencionada anteriormente, que es prevenida por la epinefrina pero no por la atropina; Segundo, el síncope vagal o cardio inhibidor, que, como su nombre lo indica, produce marcada bradicardia lo cual puede ser prevenida por la atropina; y, tercero, el llamado síncope tipo cerebral con reacción convulsiva epiléptica y sin cambios notables en el funcionamiento cardiaco o en la presión arterial no mejora con la epinefrina, ni con la atropina, pero si con la medicación anticonvulsiva. A este respecto debo decir que hay autores como Marcel y Gurdjian y colaborado-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

res (26, 36) que niegan la existencia del síncope en su forma cerebral.

Ya hemos dicho que la hiperactividad puede ser precipitada por la presión en el seno, estiramiento, palpación, al girar la cabeza, un cuello ajustado, inclinación hacia adelante y hacia abajo y levantamiento repentino. La insulina puede exagerar el reflejo senocarotídeo; los episodios sincopales pueden durar de segundos a media hora y pueden ocurrir raramente varias veces al día. Los síntomas pre-críticos consisten generalmente en mareo, sensación de llenamiento de la cabeza, debilidad, acúfenos, escotomas, discomfort epigástrico, sudor y palidéz.

Dentro de la terapéutica, además de las drogas atropínicas, efedrina y eurítmicos, se pueden usar otros sedantes. Así mismo la hiperactividad refleja del seno puede ser inhibida por infiltración procaínica o usando drogas simpáticolíticas.

SINCOPE TUSIVO

Este síncope llamado también ictus laringeo, vértigo laringeo, tos sincopal o tos obnubilante es conocido desde Charcot (8) en 1876, llamado así por que puede ocurrir después de un acceso de tos, por lo que se ve en las enfermedades tusígenas tales como la laringitis, bronquitis —especialmente de los fumadores— coqueluche, enfizema, etc. y otras. Es un síncope que aparece rápidamente y rápidamente el paciente se recuperó sin embargo el grado de obnubilación varía, desde antiguo se llamó la atención sobre esto e incluso se dijo que podría acompañar lo que llamamos "colapso tónico o convulsivo" llamado también "cataplexia de la tos" o "convulsiones de la tos". Este síncope es relativamente poco frecuente pero sin embargo puede ser más común con la edad del paciente, especialmente cuando hay signos arterioescleróticos. Si bien es cierto que los síntomas tusivos clásicamente no son muy frecuentes en la arterioesclerosis cerebral, sin embargo diríamos que sí lo es en su forma discreta. Aquí repetimos lo que dijimos al describir el síncope en general, que el grado de obnubilación de la conciencia varía y a veces es muy poco notorio. Casi podríamos decir que hay diversas formas de síncope tusivo, que van desde un pequeño síncope hasta el gran síncope, esto depende de la violencia del acceso de tos y la frecuencia de los mismos y también de la edad, la forma de sintomatología mínima o sea el pequeño o "petit síncope" que es más común de lo que se cree. Entre aquellos que tienen acceso de tos fuerte según Sharpey-Shaffer (47) el factor determinante sería la presión intratoráxica, la cual alcanzaría de 200 a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

300 mm. de mercurio, en tanto que en los sujetos que tienen tos continuada frecuentes los efectos serían un ejemplo exagerado de la maniobra de Valsalva, en estos la pérdida de la conciencia es más notoria y aparece con la hipotensión arterial aguda que sigue a la sesación de la tos; y, aquellos sujetos en que la tos es intermitente también pueden tener síncope, pero en este caso la presión arterial así como el fluido sanguíneo periférico muestra vasodilatación en contraste con la vasoconstricción que resulta de la maniobra de Valsalva y la tos subintrante. De todas maneras la patogenia de este síncope aún se discute y hay autores que aún la atribuyen a la epilepsia. Según Gastaut y col (23) el esfuerzo de la tos produciría en el sujeto arterioescleroso algo como un golpe de ariete hipertensivo, que excitaría los vasoreceptores senocarotídeos. Ahora bien, si la arterioesclerosis compromete el seno carotídeo e irrita, la excitación endosinusal, secundaria al golpe de tos, sería reforzada dando como resultado una caída de la presión arterial, la cual sería pocas veces importante y siempre insuficiente para provocar el síncope, pero si eso se repite, como ocurre en la tos en serie o tos quintosa o coqueluchoide, provocando la caída de la presión arterial suficiente y prolongada, provocaría una isquemia cerebral que generaría el síncope. En la tos subintrante el fenómeno sería parecido a lo que ocurre en la apnea-infantil. Hay pequeños síncopes sin que necesariamente exista tos quintosa como se ha dicho, ocurre en ciertas arterioesclerosis cerebrales o insuficiencias cerebrales transitorias.

En el diagnóstico hay que diferenciar el síncope tusivo de algunas formas de epilepsia, especialmente la Temporal Psicomotora con aura laringea, que son con las que más probablemente se confunden; algunas la han atribuído a la epilepsia por eso la llaman "epilepsia laringea", término que a nuestro juicio no debe usarse en la denominación de este síncope, sin embargo, pueden co-existir estos dos estados e incluso influenciarse.

SINCOPE URINARIO

Este síncope, denominado también síncope de micción o síncope miccional, es una entidad relativamente nueva, fué descrita en 1959 por Proudfit y Forteza (40) y desde entonces muchos autores tales como Lukas, Sawyer, Davis (34) Lyle, Monroe y Lamb (35) Salomón (46) y otros, se han ocupado. Sin embargo anteriormente Gastaut, Fischer, Wi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lliams (20) Treire (43) Dermksian y Lamb (9, 10) ya habían mencionado el síncope vinculado a la micción pero sin tipificarlo.

El síncope urinario se presenta antes, durante o después de la micción, generalmente cuando el sujeto realiza esta función inmediatamente después de haber estado en decúbito más o menos prolongado, por esta razón cierto número de pacientes lo presentan al levantarse de la cama. Las manifestaciones clínicas de éste síncope son parecidas a las descritas en el síncope vasovagal, incluso pueden alcanzar hasta la convulsión espasmo-tónica y acompañarse de cambios electroencefalográficos. Usualmente el acceso es breve y su recuperación igualmente rápida, se presenta en personas de toda edad y de apariencia normal, aún se ha descrito en un paciente de 3 años de edad. El paciente con síncope urinario se individuo aparentemente normal fuera de su acceso, generalmente se trata de un sujeto con inestabilidad autonómica tal que incluso puede prepresentar trastornos del ritmo cardiaco.

Los mecanismos de producción del síncope miccional no están enteramente aclarados, se han atribuido a la ortostasis, la maniobra de Valsalva, mecanismos reflejos vasodepresores o cardioinhibitorios y probablemente otros factores o condiciones precipitantes inciden en estas personas de constitución autonómica lábil. Este síncope es más frecuente en los hombres, lo cual se debería a que en la fisiología de la micción la maniobra de Valsalva se realiza al inicio y al final de la micción en forma más marcada en el hombre que en la mujer dada su anatomía, la posición asumida en el acto de orinar y finalmente al menor desarrollo de los músculos del tronco en la mujer hace menos efectiva dicha maniobra. Sin embargo la maniobra de Valsalva es discutible para algunos autores sobre todo en el momento inicial de la micción y más aún Lyle y col. (35) refieren que en las personas con hipertrofía prostática la incidencia de este síncope no es mayor. Por otra parte sabido es, que la maniobra de Valsalva y los reflejos vasomotores despertados con ella, pueden producir trastornos del ritmo cardíaco y ello causar síncope; además, el cambio brusco de posición de la decúbito a la ortostática puede asimismo producirlo e igualmente la descompresión brusca de una vejiga urinaria hiperdistendida. Muchos investigadores, entre ellos Carlson y Lockhardt (7) Watkins (48) Gutman y Whitteridge (49) y Lyle y col. (34), basados en estudios experimentales en animales y también clínicos evidencian la existencia de una rica vinculación refleja entre la vejiga y el sistema cardiovascular.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SUMARIO

Se ha hecho algunas consideraciones acerca del síncope en su actual concepto, su etio-patogenia, clínica y electroencefalografía. Se considera al síncope es un sentido más extenso que va desde el pequeño síncope hasta al gran síncope mortal. Se presenta una clasificación de los síncopes en la que se consideran las diversas condiciones y enfermedades sincopizantes.

SUMMARY

Some considerations about the actual concept of the syncopes are made. Their physiological, clinical and electroencephalographic aspects are also discussed. The syncope is considered on its different symptomatological degrees: from the petit syncope up to the grand syncope and even the status syncopalis and fatal syncope. An intent of physiological and clinical classification is presented, enclosing the main conditions and syncopal deseases.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, R.D. y HARRISON, T.R.: Medicin Intern, Prensa Med. Mexicana pág. 292. 1962. — 2. ARELLANO Z., A.P. y QUEZADA V.N.: La electroencefalografía en la Enfermedad de Carrión. Nota Previa. Primer Congreso Nacional de Microbiología y Parasitología, 8 a 12 de Octubre, 1964. Arequipa-Perú 3. BAMBERGER, Ph. und MATTHES, A.: Anfälle im Kindesalter. Karger; Basel-1959. — 4. BARCROFT, F.: The respiratory Function on the blood. Campridye, University Press. 1925. — 5. BOKONJIC, N. and BUCHTHAL, F.: Cerebral anoxia and the Electroenceprolograma proceding of the Marseill Colloquium. Pag. 118. 1961. — 6. BROSER, F.: Die cerebralen vegetativen Anfälle. Springer-Verlag, 1958. — 7. CARLSON, A. J. and LUCKHARDT, A.B. Studies on visceral sensory nervous system. Am. J. Physiol. 55: 31-52, 1921. — 8. CHARCOT (Citado por) WHITTY, C.W.M. On the so-called "Laryngeal Epilepsy". Brain 66: 43-54. 1943. — 9. DERMKSIAN, G., and LAMB. L.E. Syncope in population of healthy young adults; incidence, mechanisms and significanse. J.A.M.A. 169, 1200-1207. 1958. — 10. DERMKSIAN, C. and LAMB, L.E. Cardiac arrhythmic in experimental syncope J.A.M.A. 168: 1623-1630, 1958. — 11. ENGEL, G.L.: Mechanisms of faiting. J. Mt. Sinai Hosp. 12: 170, 1945. — 12. ENGEL, C.L. and MARGOLIN, S.G.: Neuropsychiatric disturbances in internal disease. Arch. Intern. Med., 70: 236, 1942. — 13. ENGEL; G.L.; ROMANO; J. and Mc Lin; T. R. Vasodepresor and carotid si sincope. Arch. Intern. Med. 74: 100, 1944. —

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

14. ENGEL, G.L.: Faiting, Physiological and Psychological Considerations. Thomas, Springfield. 1950. Idem. 2nd. ed. 1961. — 15. FISCHGOLD, H., AJURRIAGUERRA, J. de et VIGNE, R. de la: L'electroencéphayogramme dans l'intoxication oxycarbonnée, C.R. Soc. Biol. 139: 401. 1945. — 16. GASTAUT, H. et GASTAUT, J.: L'etude electroencephalographique des syncopes. Formes cliniques des syncopes. Differentiation avec l'épilepsie. Rev. Neurol. 96:547. 1956. — 17. GASTAUT, H. and GASTAUT, I.: Electroencephalographic and clinical study of anoxic convulsions in children. EEG clin. Neurophysiol. 10: 607. 1958 — 18. GASTAUT, H.: Syncope and Seizure, EEG Clin. Neurophysiol 10: 571-572. 1958. — 19. GASTAUT, H.: Le diagnostic polygraphique (EEG, EKG et enregistrement tensional) entre les crises épileptiques et les crises ischémiques partialles ou généralisees. X. Internat. Neuroveg. Symp 29-31; 7; 60; Freudenstadt. — 20. GASTAUT, H,. FISCHER-WILLIAMS, E.M.: Birmingan et Lugaressi. Etude electroencephalographique des syncopes. II. Correlations electrocliniques chez 25 sujets en registrés pedant leur syncope. Rev. Neurol. 95: 542. 1956. — 21. GASTAUT, H. and HUNTER J.: An experimental study of the mechanisms of photic activation in idiopathic epilepsy. EEG Clin. Neurophysiol. 2: 263-287. 1950. — 22. GASTAUT, H. and FISCHER-WILLIAMS, M.: Electro encephalographic study of syncope. The Lancet 273: 1018 (Nov. 23). 1957. — .3. GASTAUT, H.: NAQUET, R. et REGIS, H.: L'ictus larynge ou syncope tusive. Presse Med. 67: 56: 2227. 1959. — 24. GASTAUT, H., NAVARRANNE, P.: Etude électroencephalographique des syncopes, I. Correlations electro-cliniques chez 150 sujets presentant des syncopes vasovagales. Rev. Neurol. 95: 541-542. 1956. — 25. GRAHAM, D.T., KABLER, J.D., and LUNSFORD, L.: Vasovagal Faiting: A diphasic responds Psychosan. Med. 23: 493. 1961. — 26. GURDJIAN, E., WEBOTER, J., HARDY. W. and LINDER, D.: Nonexistence of the so-called cerebral from of carotid sinus Syncope. Neurology, 8: 818. 1958. — 27. HUGHES, J.R., SCHLAGENHAUFF, R.E., and MAGOS, M., Electroclinical Correlations in the six per second spike and ware camplex, Eighteenth Meeting of Amer. Electroencephalographic Soc., October 1—5. Pág. 104. 1954. — 28. JIMENEZ ESPINOZA, L. y TORRES H.: Valor de la Electroencefalografía en los ataques sincopales.— Medicina Española 215; 157-166. 1957. — 29. JIMENEZ ESPINOZA, L. and ESPINOZA IBARRA, J.: Knok-out and syncope in profesional boxing; an EEG Study. EEG. Neurophysiol 12: 196-197. 1960. — 30. JUNG, R. Neurophysiologische Untersuhungsmethoden. In Handbuch der Inneren Medizin, Band V/1, Springer-Verlag (1953), 1206-1420. Arch. Psychiat. Nervenkr. 183, 206, 1949. —31. KERHMAN, J.: Syncope and Seizmes. J. Neurol. Neurosing. Psychiat. 12: 25, 1949. — 32.—KERSHMAN, J., and HUNTER, R.C.A.: Encephalosyncope or larval epilepsy: a follow-up. EEG Clin. Neurophysiol 2: 169, 1950. — 33. LLOYD SMITH, D.L. and TATLOW, W.F.T.: Syncope and Seizure EEG clin. Neurophysiol. Ibis. 10: 153-157, 1958 10: 573-574. 1958. — 34. LUKASH, W.M., SAWYER, G. T.. and DAVIS, J.E.: New Eng. J. Med: 270: 341-344. 1964. — 35. LYLE. C. B. ir, MONROE, J.T. jr., FLINN, D.E. and LAMB, L.E. Micturition Syncope: report. of 24 cases. New Eng. J. Med. 265: 982-986. 1961. — 36. MARCEL, M.: Les Syndromes des nerfs vasosensibles seno-carotidiens et cardioaortiques. París, Pág. 136. 1956. — 37. MAYER, J.S.: LEIDERMAN, H., and DENNY BROWN. D. Electro-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

encefalographic study of insuficiency of the basilarand carotid arteries in man. Neurol. 6: 455, 1956. — 38. NAQUET, R.: Etude electroencephalographique des synkopes. Exc. med; Int. Congress Series Nr. 37: 123. 1961. — 39. PETERS, J.P., and van SLIKE, D.D.: Quantitative clinical Chemistry. Baltimore, Williams and Wilkins, vol. II, 1932. — 40. PROUDFIT, W.L. and FORTEZA, M.E. Micturition Syncope New. Eng. J. Med. 260: 328-331, 1959. — 41. PROZAN, G.B. and LITWIN, A. Post-micturition Syndrome. Am. Int. Med. 54: 82-89. 1961. — 42. ROMANO, J. and ENGEL, G.L.: Studies of syncope. III. Diferentiation between vasodepresor and hysterical faint. Psychosom. Med. 7: 3. 1945. — 43. TREIRE, G.J.: Unusual syncopal attacks, J.A.M.A. 164: 116. 1957. — 44. SIMPSON, K.: Deaths from vagal inhibition. Lancet 2: 558. 1949. — 45. SODEMAN, W.A.: Pathologic Physiology Mechanisms of Disease, Sanders Co., 1961. Philadelphi. Third Edition. — 46. SALOMON, M.I.: Regardin Mictutition Syncope. New Eng. J. Med. 260: 942. 1919. —- 47. SHARPY-SHAFFER. E.P. BRIT. Med. Journal: 2: 860-863 (Nº 4841 Oct. 17). 1963. — 48. WATKINS, A.L. Reflex responses of nictitating membrane and blood pressure to distention of bladder and rectum. Am. J. Physiol. 121: 32-39. 1938. — 49. WHITTERIDGE, D. and GUTMANN, L.: Effect of bladder distention no autonomic mechanisms after spinal cord injuries. Brain 70: 361-404. 1947.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ACERCA DE LA FORMACION PSIQUIATRICA DE GRADUADOS EN LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADA

OSCAR VALDIVIA PONCE *

El presente informe es el resultado de una visita de seis semanas de observación y estudio de los métodos, técnicas y programas de adiestramiento psiquiátrico en importantes centros de enseñanza en los Estados Unidos y Canadá. La visita realizada a comienzos de 1964, fué auspiciada y coordinada por la Organización Mundial de la Salud en los centros de formación psiquiátrica de George Washington University, Georgetown University y Saint Elizabeth Hospital en Washington D. C., John Hopkins University en Baltimore, Maryland; Institute for Psychosomatic and Psychiatric Research and Training del Michael Reese Hospital y North Western University en Chicago, Illinois; MacGill University en Montreal, Canadá; Massachusetts Mental Health Center, afiliado a Harvard University en Boston, Massachusetts y Yale University en New Haven, Connecticut.

Es mi intención presentar, en este informe, mi opinión relievando los aspectos más generales e importartes:

A.—De los Centros de Enseñanza.—Todos los centros psiquiátricos de enseñanza visitados son instituciones pertenecientes o afiliadas a escuelas médicas universitarias; pero que mantienen autonomía en su organización y funcionamiento; y que, por su calidad y prestigio, representan lo más elevado de la psiquiatría internacional. Por otra parte, los profesores responsables de la organización y enseñanza son excelentes especialistas

* Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de prestigio, tanto en el campo de la clínica, terapeútica e investigación como en el de la enseñanza psiquiátrica.

La mayoría de los centros psiquiátricos mencionados tiene su sede en un Departamento de Psiquiatría, enclavado en un Hospital General Universitario el que está en conexión con otros centros hospitalarios psiquiátricos e instituciones especializadas aprobadas para la enseñanza; lo que permite, así, una preparación variada en todos los campos de la conducta humana; psicológica, psicosomática, neurológica, metabólica, bioquímica, comunitaria, social, etc.

B.—De los Programas.—Los programas se desarrollan progresivamente en los tres años básicos de formación psiquiátrica; aunque la mayoría ofrece uno o dos años más de subespecialización.

Hemos revisado cuidadosamente los programas de casi todos los centros, a excepción de dos que no tenían programas redactados. Por la lectura de ellos y la minuciosa observación de todos los procesos de la enseñanza, se puede decir que tienden a seguir los lineamientos fijados por la Asociación Psiquiátrica Americana, en los Estados Unidos, y las exigencias del "Diploma Course" que establece el "Royal College de Surgeons and Physicians" de la Provincia de Quebec, Canadá. Los programas, aunque ofrecen cierta similitud, se diferencian unos de otros ligeramente por su estructura, anplitud, énfasis en ciertos aspectos y métodos de enseñanza. Sin embargo, se puede decir que los programas tienen más semejanzas que diferencias.

A continuación vamos a señalar, aunque sea brevemente, los fines y lineamientos comunes que hemos encontrado:

1 Dar al residente en Psiquiatría una preparación clínica y dinámica con mayor énfasis en este último aspecto.

2 Dar al residente la oportunidad de que conozca los diferentes puntos de vista de las diversas escuelas psiquiátricas; desde las esencialmente psicológicas hasta las exclusivamente organicistas.

3 Mayor énfasis, por sobre todas las formas terapéuticas, en la enseñanza de la psicoterapia, siguiendo las pautas psicodinámicas y con técnicas muy activas.

4 Dar importancia a la enseñanza de la psicoterapia de grupo y familiar a partir del 2do. año de especialización.

5. Enseñar y estimular el sentimiento de grupo en el trabajo. El residente debe aprender a operar y a integrarse en el "equipo psiquiátrico" de trabajo para cumplir los fines de la actividad terapéutica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

6 Enseñar a usar el ambiente humano, en todos sus elementos y recursos, para cumplir objetivos terapéuticos (milieu terapia) con pacientes hospitalizados. Con este fin el residente participa en toda actividad terapéutica en la sala. Debe dirigir y estimular, con intención terapéutica, la formación de clubs y reuniones conjuntas de pacientes y personal de la sala a fin de conseguir la participación activa y responsabilidad de los pacientes en todo lo que concierne a sus necesidades y bienestar.

7 Gran énfasis en la enseñanza de la llamada "Community Psychiatry" (Psiquiatría de la Comunidad). Es decir, enseñar el uso de algunos "resortes" positivos de la comunidad (familia, centro de trabajo, escuela, iglesia, clubs, etc.) a fin de conseguir la recuperación del paciente y su rehabilitación en la comunidad.

8 Participación activa del residente, en el 3er. año, en los planes de salud pública, colaborando, en forma rotativa, con los Centros de Salud de la Comunidad, asumiendo labor consultiva y terapéutica en las clínicas y participando en los planes y programas de Higiene Mental en la comunidad a través de conferencias, charlas en las escuelas, sociedades, sindicatos, instituciones religiosas, etc. La mayor actividad en este sentido la hemos observado en el Estado de Maryland, en el que hay acuerdos y programas establecidos entre los Centros de "Entrenamiento" Psiquiátrico y los Servicios de Salud Pública.

9 Enfasis en la investigación estimulando el interés del residente por temas que lo pueden motivar.

10 Participación del residente en la enseñanza de la psiquiatría para los estudiantes de Medicina, como un medio de su propio aprendizaje y el de su preparación didáctica.

11 Robustecer la enseñanza con el intercambio de profesores de diferentes centros psiquiátricos, quienes dictan conferencias, charlas o cursillos sobre sus propias investigaciones y experiencias.

12 Toda esta actividad didáctica, teórico-práctica que exigen los programas se dicta progresivamente, partiendo en el 1er. año con la enseñanza de la Psiquiatría Clínica para centrarse en las diferentes formas de psicoterapia y sub-especialidades en los años subsiguietes.

C.—Críticas.—Los acontecimientos que se dan más allá de la experiencia acostumbrada siempre impresionan mayormente e invitan a meditar y a valorar comparativamente dichas experiencias con los que uno está familiarizado. Como Profesor de un Centro de "entrenamiento" Psiquiátrico Universitario de Latino América no puedo dejar de valorar es-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tas experiencias observadas en los Centros Psiquiátricos Norteamericanos. Así, puedo decir que hemos observado un gran número de aspectos positivos interesantes en cuanto a organización, funcionamiento, métodos y avances en la enseñanza de la psiquiatría, algunas de las cuales ya hemos referido. Por otra parte, hemos sido impresionados también por otros hechos que consideramos desfavorables en la enseñanza y que pasamos a mencionar como una crítica bien intencionada.

1. Creer que la enseñanza que se dá a los residentes es de tipo eléctico, como se pretende; cuando, en realidad, se está dando una enseñanza centrada sobre bases netamente psicológicas. Si es verdad que hay un esfuerzo consciente por hacerla ecléctica, éste no es lo suficientemente intenso todavía. Si es cierto, también, que la mayoría de los Centros Psiquiátricos tienen profesores representantes de la psiquiatría descriptiva u orgánica; ellos están en minoría y su influencia no se destaca en la enseñanza como la que ejercen aquellos de tendencia psicoanalítica. Parece, por otra parte, que los conceptos psicodinámicos por varias razones, que no es del momento explicar, tienen mayor aceptación y resultan más interesantes para el residente.

2 Se está dando menos importancia a la preparación del residente en los aspectos básicos de la clínica psiquiátrica, lo que se refleja en el escaso número de pacientes hospitalizados que se le asigna al residente, en el limitado tiempo de que dispone para sus pacientes hospitalizados, en las historias clínicas y en los exámenes psiquátricos.

3 Las presentaciones clínicas no expresan rigurosidad en el estudio del paciente. Se presentan en algunos Centros historias clínicas incompletas y en algunos casos observados, la falta de historia escrita hace que la presentación clínica se reduzca a una pobre narración verbal del caso. Por otra parte, los exámenes psiquiátricos se reducen, en varios casos, a media página.

4. Se pone demasiada énfasis en las especulaciones psicodinámicas del pasado del paciente, ignorando muchas veces, los problemas actuales que confronta.

5 En tres Centros visitados parece haber una estructura laxa, en lo que se refiere al control y exigencias de la labor del residente. Ellos ignoran, por ejemplo, si su labor y rendimiento es valorado y calificado por sus jefes.

6 La supervisión de la psicoterapia se hace, en casi todos los Centros, a partir de las notas que elabora al residente después de la entre-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vista psicoterapéutica. Desde luego estas notas están supeditadas al recuerdo y distorsiones de parte del residente. No se hacen grabaciones que puedan dar una relación más fiel de la entrevista, del uso de la técnica y de la relación médico-paciente.

7 En las presentaciones clínicas, en algunos Centros visitados, la participación del residente en las discusiones con respecto al diagnóstico, terapéutica o consideración dinámica del caso es muy pobre. Los profesores no estimulan activamente a que los residentes ejerciten su capacidad diagnóstica o terapéutica. He asistido a varias presentaciones clínicas en las que el residente no emitía su opinión ni tampoco formulaba preguntas con respecto al caso clínico presentado.

8 En la mayoría de los Centros, la actividad que exige el programa es sobrecargada, restando, por lo tanto, tiempo a la actividad, directamente relacionada con el paciente.

9 Hay cierta tendencia a presentar los diferentes campos de la psiquiatría en forma de subespecialidades.

Recomendaciones.—

1 Ampliar nuestro Centro de "entrenamiento" Psiquiátrico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a una dimensión Latinoamericana por las siguientes razones:

a) No hay Centros de "entrenamiento" Psiquiátricos en Latino América que den una verdadera formación psiquiátrica.

b) Dadas las dificultades del idioma, económicas y otras, nuestros médicos de latino-América, que quieren ser psiquiatras, no pueden viajar, tan fácilmente, a los países de Norteamérica y Europa para obtener una preparación psiquiátrica especializada.

c) Por las notorias dificultades de adaptación de muchos graduados latinoamericanos en "entrenamiento" psiquiátrico que hemos observado en los países visitados.

d) El Centro de "entrenamiento" Psiquiátrico de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos posee un equipo capacitado de especialistas con prestigio internacional y con la experiencia de haber preparado, por muchos años, en forma extraofcial, psiquiatras para diferentes países de Latino América.

e) Que el citado Centro tiene un programa muy bien estructurado

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y con patrones un tanto similares a los que rigen la enseñanza en los centros más avanzados.

2. Ampliar definitivamente el sistema rotatorio a fin de dar al residente una experiencia variada.

3) Utilizar en la enseñanza, como lo hacen en el Departamento Psiquiátrico del Georgetown University Hospital, las consultas psiquiátricas que hacen los otros servicios médicos al Departamento de Psiquiatría, asignando los pacientes, en consulta, a cada residente, el que, bajo "supervisión" estricta, realizará el estudio clínico y terapéutico de cada caso desde el momento de la consulta hasta el de la remisión. Este procedimiento ampliaría la experiencia del residente con pacientes médico-quirúrgicos que, por ciertas circunstancias, se tornan pacientes psiquiátricos, y resolvería el problema del limitado número de camas que dispone para la enseñanza, todo Departamento de Psiquiatría de un Hospital General.

4) Integración de nuestro Centro de "entrenamiento" Psiquiátrico con las Unidades de Salud de Lima y Callao y Policlínicos Obreros, mediante un convenio entre la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública y con la Caja Nacional del Seguro Obrero. Así, los residentes del último año, prestarían servicios en estas Instituciones en horarios adecuados y previamente designados como se hace en los centros de "entrenamiento" Psiquiátrico de las Universidades del Estado de Maryland.

5) Extensión de la práctica a nivel domiciliario cómo lo hace la Sección de "Pre-admisión Home Care" en McGill University, Montreal Canadá. Existe ya, como un precedente, en el Hospital Obrero de Lima, un Departamento Médico de Servicio Domiciliario que presta atención médica a domicilio. En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero, sede del "entrenamiento", se podría incluir una sección adjunta de atención psiquiátrica a domicilio que podría operar con residentes del 2do. y 3er. año de entrenamiento, desde luego bajo una supervisión adecuada.

6) Participación activa de los residentes en la comunidad en coordinación con los Centros de Salud del Ministerio de Salud y del de Educación Pública.

7) Participación obligatoria del residente en las guardias del Hospital en el que realizan sus prácticass.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RESUMEN

El presente informe es el resultado de una visita de seis semanas de observación y estudio de métodos, técnicas y programas de adiestramiento en importantes Centros de "entrenamiento" Psiquiátrico en los Estados Unidos y Canadá.

Se hace una relación breve de las características de los Centros de Enseñanza y de los Programas; relievando los aspectos generales. Se presenta, también un balance valorativo de los aspectos positivos y negativos de la orientación y el proceso de la enseñanza.

Como conclusión, se derivan algunas recomendaciones a seguir en el Centro de "Entrenamiento" Psiquiátrico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos.

SUMMARY

This report gives a brief information about a six weeks' visit to several psychiatric training centers in the U.S.A. and Canada, to study tho teaching methods, techniques and programs for post-graduate students.

The main characteristics of the training programs are pointed out and a valorative balance of the positive and negative aspects in the orientation and teaching process is presented.

As a final conclusion, some recomendations to be adopted by the psychiatric Training Center of the Medical School of San Marcos University of Lima, Perú are given.

BIBLIOGRAFIA

1. The George Washington University Hospital. Internship, Residency and Fellowship Programs, Washington, D. C. — 2. Department of Psychiatry, Georgetown University Medical Center Program. — 3. Residency Training Program. Institute for Psychosomatic and Psychiatric Research and Training. Michael Reese Hospital and Medical Center. — 4. Departament of Psychiatry, Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, Canada. — 5. The Training Programs in Psychiatry at Saint Elizabeth Hospital. Francis N. Waldrop. Reprint, Medical Anals of the District of Colombia, Vol. XXXII, No. 7, 1963. — 6. Massachusetts Mental Health Center. Residency Training Program. Manuals for first, second and third residents, 1964-1965. — 7. Graduate Training Program. Yale University, School of Medicine, Department of Psychiatry and West Haven Veterans Administration Hospital, July 1964. — 8. Residency Training in Psychiatry. Center for Graduate Education. Northwestern University, Chicago, Illinois.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DISTURBIOS PSICOLOGICOS EN LA ENCEFALOPATIA SATURNINA INFANTIL

*SUSY D. ROEDENBECK * Y LEONCIO ACOSTA S. ***

En el curso del año 1963, hemos tenido la oportunidad de atender a 11 niños con diversas formas clínicas de encefalopatía saturnina, en 4 de ellos nos ha llamado la atención la decadencia progresiva de sus facultades mentales y del lenguaje, tal como sucede en la "demencia infantil" descrita por Heller. Estas manifestaciones nos parece de interés analizar, fundamentalmente por haber regresionado con el tratamiento de desintoxicación plúmbica. La fuente de intoxicación fué una industria casera de baterías, los niños jugaban con las cajas y placas e inhalaban el humo desprendido en la fundición del plomo. La mayoría de los niños nacieron en dicho ambiente y la mayor o menor precocidad en enfermar ha dependido sin lugar a duda de factores personales y del tiempo de exposición directa al tóxico.

CASUISTICA

Caso 1: Niño C.M. de 3 años de edad, su desarrollo psicomotor fué normal hasta noviembre de 1962 en que se torna nervioso, presenta sobresaltos nocturnos, está inapetente y le notan temblor fino en los miembros superiores. Desde febrero de 1963 vomita, está llorón e irritable. Progresivamente se va desconectando de su ambiente hasta mostrarse totalmen-

* Jefe del Servicio de Neuropediatría, Hospital del Niño.
** Jefe Instructor, Asignatura de Neurología, Facultad de Medicina: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te indiferente hacia las personas y cosas que le rodean, no muestra interés hacia nada, se aprecia una decadencia progresiva del lenguaje de comprensión y expresión, llegando al mutismo. En estas condiciones ingresa al Servicio de Neuropediatría del Hospital del Niño el 1º de marzo de 1,963. El niño se comporta como un idiota, se resiste a ponerse en pie o caminar, sus movimientos son torpes, no colabora en absoluto; no comprende órdenes y no contesta ni a su nombre. No regula sus esfínteres ni se alimenta por sus propios medios.

En el examen del líquido cefalo-raquídeo se encuentra albuminoraquia con reacciones de Pandy y Nonne-Apelt positivas, discreta pleocitosis a predominio de linfocitos. En el hemograma hay anemia. El calcio y fósforo en sangre ofrecen valores normales; las reacciones serológicas también son normales. El dosaje de plomo arrojó 0.121 mgrs. por 100 c.c. de sangre y 0.302 mgrs. por litro de orina. Las radiografías de huesos largos muestran ensanchamiento y mayor densidad de las líneas metafisarias. En la evolución se deben señalar dos etapas: la primera de separación del pequeño paciente de la fuente de intoxicación, recibiendo como tratamiento penicilina, estreptomicina, gluconato de calcio y vitaminas durante un mes. Se nota mejoría, el niño muestra cierto interés por su ambiente, comienza a jugar, camina, reconoce a sus familiares y muestra alegría, balbuceando incesantemente la sílaba "pa, pa, pa", poco a poco se vá conectando con su medio y reacciona inmediatamente cuando se le llama por su nombre. La 2º etapa corresponde a la administración de medicación antitóxica a base de citrato de sodio al 4% por vía oral y de edathamil-calcio a razón de 60 mgrs. en 500 c.c. de suero glucosado al 5% endovenoso, en dos series de 6 días intercalados por un descanso de una semana. Al terminar el tratamiento el niño comprende órdenes simples, se interesa por su ambiente, juega con los demás niños, coje sus juguetes, se muestra muy cariñoso, sus movimientos son bien ágiles, su lenguaje de expresión sigue nulo; tres semanas después el niño es vivaz, entiende todo lo que se le dice, su comportamiento es la de un niño normal, regula sus esfínteres, se alimenta solo, trata de aprender palabras, balbucea y se expresa con signos y gestos. En el curso de dos meses más, recupera completamente el lenguaje, comprende y se expresa en forma normal.

Caso 2: Niño A.M. de 6 años de edad, desarrollo psicomotor normal hasta los 2 años de edad, en que presenta convulsiones y luego una cuadriplejía flácida con atrofias musculares, sin transtornos sensitivos, de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que se recupera parcialmente logrando caminar a los 3 años de edad. En enero de 1963 el niño se pone muy llorón, inapetente, presenta gran dificultad para ponerse de pie, en el curso de tres meses se acentúan los transtornos motores ya existentes desde 4 años, imposibilitándole ponerse en pie y coger las cosas. Progresivamente el lenguaje viene a menos, el niño se expresa con dificultad poco a poco su vocabulario se limita a palabras aisladas. Presenta alucinaciones visuales y auditivas. Se instala un estrabismo convergente. Ingresa al Servicio de Neuropediatría del Hospital del Niño el 25 de marzo de 1963, esta muy pálido, decúbito dorsal, con gran esfuerzo logra sentarse más no ponerse de pie, presenta una cuadriplejía flácida con abolición de reflejos y atrofias musculares simétricas, pero algo más notorio en los segmentos distales y sobre todo en los miembros izquierdos. La sensibilidad está conservada. Existe estrabismo convergente. El niño se muestra indiferente a su ambiente, parece no entender lo que se le dice, su lenguaje de expresión ha quedado reducido a palabras aisladas y a gestos. No regula sus esfínteres, no se alimenta solo, da la impresión de un niño imbécil.

En el examen del líquido céfalo-raquídeo se encuentra solo ligera albuminoraquia, en el hemograma hay anemia y agregado basófilo en los hematíes en un valor de 3,920 por millón de glóbulos; coproporfirinas urinarias 600 mgrs. por litro. El dosaje de plomo arroja 0.125 mgrs. por 100 c.c. de sangre y 3.302 mgrs. por litro de orina. La radiografía de los huesos largos muestra ensanchamiento y mayor densidad de las líneas metaepifisarias. Como tratamiento se le administra citrato de sodio al 4% por vía oral y edathamil-calcio a razón de 60 mgrs. por kilogramo de peso corporal en 500 c.c. de suero glucosado al 5% endovenoso en dos series de 6 días intercaladas por un descanso de dos semanas, además se administró vitaminas. En el curso de un mes se nota mejoría ostensible en sus movimientos, logra agarrar las cosas, ponerse en pie y caminar con acentuado stepagge. Esta más conectado con el ambiente, su comprensión está dentro lo normal, se expresa con un vocabulario más rico y apropiado. A los dos meses el niño habla y se comporta normal aunque siempre dentro de las limitaciones que le imponen sus acentuados transtornos motores.

Caso 3: Niño C.Q.S. de 6 años de edad. Desarrollo psicomotor normal hasta los 3 años de edad en que le notan temblor y presenta parálisis periódica del miembro superior derecho, excitación psicomotríz y en el curso de un año se instala progresivamente un estado demencial, su

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vocabulario se empobrece y queda reducido finalmente a unas cuantas palabras mal articuladas. Posteriormente presenta convulsiones faciobraquiales seguido de parálisis por 2 a 3 horas. Presenta terrores nocturnos. En ese entonces su estado de excitación era tan intenso que en un hospital psiquiátrico se le quiso tratar con electrochoque no llegándose aplicar por el mal estado general y acentuada palidez; se comporta como un demente, su lenguaje comprensivo y expresivo es casi nulo. No muestra mayor interés en su ambiente, no regula sus esfínteres ni se alimenta solo. En el líquido cefalo-raquídeo no se encuentra nada anormal; en el hemograma se encuentra anemia. El dosaje de plomo en sangre arroja 0.088 mgrs. en 100 c.c. de sangre y 0.085 mgrs. por litro de orina. La radiografía de huesos largos muestra ensanchamiento y mayor densidad de las líneas metaepifisarias. El electroencefalograma fue anormal por disritmia paroxismal difusa. Se le administra un tratamiento de desintoxicación con citrato de sodio al 4% oral y edathamil-calcio 50 mg. por kilogramo de peso corporal en 500 c.c. de dextrosa al 5%, endovenoso diario en dos series con dos semanas de descanso. Con el tratamiento elimina hasta 1.256 mgr. de plomo por litro de orina. En el curso de un mes se nota acentuada mejoría, los movimientos se tornan ágiles, el niño está más conectado con el ambiente, se muestra tranquilo, juguetón, comprende mejor, se expresa con más claridad, aprende palabras nuevas. Regula sus esfínteres y se alimenta solo.

Caso 4; Niña G.Z. de 1 año de edad. Desarrollo psicomotor normal hasta hace 5 meses en que se nota que la niña pierde su escaso vocabulario y progresivamente deja incluso de balbucear. Se muestra llorosa, inquieta, irritable, excitada por momentos, su comportamiento es como de una "zonza", no muestra interés por nada, trata de permanecer estática, no juega, destruye sus juguetes. Hace unos meses tiene vómitos, se le nota temblor e insomnio y presenta convulsiones generalizadas. Ingresa al Servicio de Neuropediatría el 24 de Mayo de 1963, se le nota muy pálida, su marcha es torpe, inestable, presenta temblor generalizado. No colabora, no entiende ni su nombre, no articula ninguna palabra. En el líquido céfalo-raquídeo se encuentra ligera albuminorraquia con reacción de Pandy positiva, resto de valores normales. En el hemograma se encuentra anemia. El dosaje de plomo arroja 0.014 mgr. por 100 de sangre y 0.183 mgr. por litro de orina. El electroencefalograma es anormal por disritmia difusa. La radiografía de huesos largos mostró ensanchamiento y mayor densidad de las líneas metaepifisarias de los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

huesos largos. Se le aplica tratamiento desintoxicante a base de citrato de sodio al 4% oral y de edathamil-calcio a razón de 50 mgrs. por kilogramo de peso corporal en 500 centímetros de suero glucosado al 5% endovenoso. En el curso del tratamiento aparece un cuadro gastrointestinal y luego una bronconeumonía que termina con el paciente. Se hace dosaje de plomo en el cerebro, hígado, estómago, riñón y huesos largos encontrándose cantidades patológicas.

COMENTARIO

Los cuatro niños presentan una encefalopatía saturnina con pérdida progresiva de la vivacidad, del contacto personal, del interés en su ambiente y de los conocimientos adquiridos; se tornan irritables, coléricos, llorones, destructores. El deterioro mental progresivo abarca fundamentalmente la comprensión, memoria, juicio, pierden los hábitos de limpieza y de alimentación. El lenguaje se empobrece progresivamente pierden el vocabulario primero, balbucean y se expresan con gritos o chillidos hasta que finalmente al perder completamente el significado de los sonidos quedan sumidos en un mutismo. Su actividad general disminuye, se comportan con torpeza y en forma similar a los idiotas. Este cuadro se presenta nítidamente en los casos 1, 3 y 4; el caso 2 viene sufriendo desde hace 4 años de una lesión tóxica masiva tanto del sistema nervioso central como periférico, que evoluciona con períodos de remisión parcial cuadro que equivocadamente fué diagnosticado en ese entonces como poliomielitis anterior aguda.

Nos parece importante señalar que de no haberse hecho oportunamente el diagnóstico de encefalopatía saturnina estos 4 niños hubieran podido ser catalogados como "demencia infantil" y abandonados a su suerte siguiendo con seguridad una evolución espontánea progresiva e irreversible. La separación de los niños del ambiente tóxico y sobre todo el tratamiento adecuado permitió la recuperación total de dos niños y la mejoría notoria de uno con 3 años de evolución.

Nota: Los dosajes de Plomo fueron realizados en el Instituto de Salud Ocupacional, se agradece a su Director, el doctor Ramón Vallenas V. y colaboradores su valiosa ayuda.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA SANCHEZ, L.R. Estudio de la Intoxicación Plúmbica en el Niño. Tesis de Bachiller Medicina; 1963. — 2. BLACKMAN, D.D.: Lesions of encephalitis in children. Bull. John Hopkins Hosp. 61: 1-6, 1937. — 3. BYERS, R.K. and LORD, E.C.: Late effects of lead poisoning on mental development. Am. J. Dis. Child. 66: 471-477, 1963. — 4. CHISOLM, J.J. and HARRISON, H.E.: The treatment of acute lead encephalopathy in children. Pediatrics 19: 2-20, 1957. — 5. ENNIE, J.M. and HARRISON, H.E.: Treatment of encephalopathy with BAL (2-3 Dimerc captopropanol). Pediatrics 5: 853-857, 1950. — 6. MELLIS, R.B. and JENKINS, C.D.: Epidemiological and psychological study of lead poisoning in children. J.A.M.A. 158: 15-17, 1955. — 7. RUDDOCK, J.C.: Lead poisoning in children with special reference to pica. J.A.M.A. 82: 1682-1684 (may) 1924. — 8. SEGANTI, A. ANIBALDI, A. and BORRA, G.: Encefalopatia da piombo in lattante. Arch. Ital. Pediatria. 20: 251-256, 1960.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL PENSAMIENTO MAGICO Y LA POSICION ESQUIZO-PARANOIDE EN EL GRUPO DE TRABAJO

ELIA IZAGUIRRE *

INTRODUCCION

El siguiente trabajo de investigación se realizó en "un grupo formativo" de estudiantes, del segundo año de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

En estos grupos, el propósito no es psicoterapéutico, sino, al decir nuestro, humanista e integrador en relación con las viscisitudes que todo adolescente afronta y que, necesariamente, debe superar en el proceso de maduración psicosocial.

Este grupo, originalmente compuesto de 10 alumnos, con un profesor que tiene el rol de líder y un observador, que anota las reacciones, actitudes y palabras del grupo, incluyendo las del observador mismo, está actualmente funcionando en su segundo año de experiencia grupal.

A pesar del tiempo trascurrido, sin embargo, éste se halla aún en el primer período, caracterizado por defensas y resistencias, con pequeños y cortos atisbos de la etapa siguiente, según la clasificación de Coffey (3).

En el análisis de esta primera etapa fué interesante la aparición evidente de los rasgos esquizo-paranoides, con características de contenido mágico-infantil.

Su estudio, la exposición bibliográfica y crítica, nos revela gran parte de la conflictiva natural y característica de los adolescentes de nuestro medio.

---

* Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas.—Facultad de Medicina U.N.M.S.M.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sin entrar en mayores detalles, trataremos de exponer de una manera clara estos hallazgos.

PSICODINAMICA Y METODO

Partimos de la hipótesis de los mecanismos de defensa y su —significado como regresión a niveles inconscientes infantiles. Comparando los momentos dinámicos del Grupo de Trabajo, hemos observado— una secuencia especial en el Grupo que tomamos para estudio, la cual se movería en seis niveles diferentes en su segundo año de orientación grupal.

Dentro de ellos la posición esquizo-paranoide se hizo claramente evidente en algunas sesiones: 2da. 4ta. 5ta. 6ta. 8va. 9na. 12a. 13a., a través de la angustia del grupo que impresionó como angustia regresiva de tipo psicótico, persecutoria. En esta situación el Líder del Grupo, a un nivel inconsciente, es percibido como mágicamente poderoso, temido y odiado.

El pensamiento mágico, debido a la censura, tiene que expresarse como temática desplazada en forma lógica y racional, dándole así un sentido de adaptación de estas fantasías a la realidad.

Si utilizamos el "quinto oído", (Seguín) de manera que pudieramos percibir el lenguaje simbólico inconsciente interpersonal dentro de una sesión de grupo, comprenderíamos en forma más clara lo que hemos expresado. La posición Esquizoide —Persecutoria, afirmamos, está— presente en el inconsciente de la dinámica grupal.

Asimismo, aventurando un análisis más cuidadoso, en las últimas sesiones, cuando el líder no se hace presente, el grupo puede suponer que su agresión lo ha destruído en forma mágica, surge el sentimiento de culpa, muy notable, y el consecuente sentimiento de reparación. Así, el grupo habla de las "buenas consecuencias" del grupo, y muchos se refieren al "grupo que se conformará el próximo año", lo que implica el criterio de continuidad y, à la vez, la negación de su destructividad y, por ende, del sentimiento de culpa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ANALISIS Y EJEMPLOS DE ALGUNAS SESIONES: *

En la *2da. sesión,* se produce un silencio, intencional por parte del grupo, "para ver" qué sucede en relación al líder.

Se aprecia la identificación con el líder y ellos se sienten mágicamente omnipotentes, como a él suponen. El contenido paranoide se refleja, entonces, a través de algunas expresiones:

"*2da. Sesión:*

Al iniciarse la reunión, luego de 20' de silencio y cuatro intervenciones infructuosas del líder, se plantea la siguiente situación

El miembro número 6— Bien, ya conocen Uds. las razones, es suficiente 20', habíamos quedado en quedar en silencio, para los que no saben, esa fué la razón, para ver que sucedía en el grupo.

(Silencio...... nadie lo mira, como que no le escuchan)

9—...... vemos que si el dominio de uno prevaleciera iría en inhibición del resto...... lo lógico sería incorporar al resto del grupo.

....

6—Si, la forma en que actuamos tiene relación con el grupo, o sea suplantar al jefe de la cátedra.

9—No creo lo que dice el Dr. (interpretación anterior) no es un experimento que hace la cátedra, sino nuestras relaciones.

7—Bueno, si no hay quien anote lo que decimos y que no hace de observador, tenemos derecho a pensar distinto de que haga de profesor.

9—Bueno, entonces es un experimento.

7—Bueno; si

4—Yo creo que sí, es un trabajo para ver nuestras reacciones y al final sale cómo actuamos; es un experimento.

9—El líder el año pasado nos repitió que no era experimento, sino ver nuestras reacciones.

4—¿Para qué?

7—Hay algo, que hasta el momento no sabemos nada de lo que su-

---

* Nota.—Para no identificar a los participantes del grupo se enumerará a cada uno. Igualmente se omite el nombre del Líder principal. Las sesiones completas se guardan en el archivo del Departamento de Ciencias Psicológicas.
Los puntos en una sola línea indican temática intermedia.
Los puntos escasos: silencios cortos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cede, ni de los papeles que escribe, no nos lo han enseñado. Quiere decir que eso no nos concierne.

. . . .

4—¿Y si es un experimento que estan haciendo?. Nadie me va a asegurar lo contrario".

En la *cuarta* sesión, aplicando nuevamente el "quinto oído", lo esquizo-paranoide se objetiva:

Después de 15' de silencio:

1z—¿Creen Uds. que la conducta humana se puede gobernar por medios electrónicos?. En una revista hablan de ello, se habla de experiencia con monos etc. se ponen electricidad y por medio de un receptor se ha podido controlar. Creen que se puede aplicar en el humano.

4—Creo que si; el ser humano tiene un orígen orgánico.

1z—Un ingeniero electrónico plantea que, teóricamente un padre, podría controlarr a los hijos y una nación a los padres y a la nación un cerebro privilegiado.

4—No conviene (ríe), pero es interesante

1z—El macacus es agresivo y se la ha tornado tranquilo, se ha hecho experiencia en dos gatitos amigos y por estímulo se ha provocado animosidad. Cuando se deja de estimular se comprueba que hay cierta desconfianza, no paran juntos. O sea que los que eran compañeros no paran juntos.

Líder—¿Qué les parece la idea?

10—Tendría aplicación médica.

3—Tal vez para trastornos mentales; el experimento lo han hecho en E.E. U.U.

10—Hay un aparato que se usa, el electroshock.

4—Puede ser

3—Se trata de perro y gato

10—Si, el médico es un doctor mejicano, el Dr. Delgado, muy interesante. Por ejemplo, en una jaula hay un grupo de monitos y siempre surge un líder déspota y el resto lo dejaba en un extremo y se tornó apacible, se dejó de estimular y vuelta la misma actitud.

Risas. . . . . .

Líder—¿Cómo creen que se debe interpretar en función del grupo?

2—Debe basarse en algo científico; que el Sr. nos diga cómo se controla las emociones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

10—Con electrodos, por ejemplo: un animalito que no había comido después de tiempo, se le dio un plátano y comenzó con voracidad, pero al estimular se olvidó de él; el animalito no se da cuenta porque es chiquito y, como les crece el pelo, cubre los electrodos y ni cuenta se dan de ellos.

No hay mucha información pero en un párrafo dice que se aplica estos electrodos a un paciente y afirma que antes se usaba y actualmente para electroshock.

5—Bueno; ese experimento tiene un efecto positivo.

4—Si no fuera positivo no se utilizaría.

10—Lo interesante del caso, es que no solo la corteza sino los núcleos internos......

4—¿Por qué todo, Dr., (dirigiéndose al líder) lo realiza en función del grupo?

Líder—¿Porqué será? ¿Qué piensan?

4—Puede ser un mecanismo de defensa.

Líder—El silencio puede ser por no haber un tema, es una racionalización, pero pueden haber otros motivos más profundos. De repente, un miembro del grupo plantea un tema.

4—¿Ud. se imagina que pensamos que nosotros creemos que están haciendo una experiencia con nosotros?

Líder—¿Qué les parece?...... El tema es más trascedental al plantear que en este grupo hay un líder .

Se aprecia cierto grado de "insight"; el grupo traslabora y los mecanismos de defensa se aprecian inconsistentes.

2—Me parece que no tiene relación; lo dijo por el artículo que había aparecido.

Líder—Estamos para comprender estas cosas, pero hay que discutir el tema, y el plantear la aplicación del electroshock.

4—Sería una imaginación nuestra, inconciente de que nuevamente nos sentimos en experiencia .

Al término de la sesión, el tema ha sido traslaborado y el insight provoca en el grupo agresión, manifestada igualmente en forma de proyeción:

10—Entonces ¿la presencia de un profesor o persona mayor provocaría inhibición?

4—¿Qué seamos inseguros?, ¿Por qué Ud. nos dá a entender que es el único que puede darse cuenta de lo que pasa? ¿Por qué nosotros no podemos interpretarle también a Uds?

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3—(agresivamente) Al decir cómo depende el grupo, está diciendo claramente que Ud. depende de nosotros. A uno le ayuda a conocerse a sí mismo".

En la *quinta* sesión, luego de un silencio inicial, el grupo agrede, usando mecanismos proyectivos. En otras palabras, expresaría "El líder no puede soportar el silencio, luego, con el silencio, lo angustiamos y él se defiende interpretando el silencio".

Se puede deducir, a través de este pensamiento mágico, la necesidad oral de dependencia, recibir las palabras del líder. Proyección.

Ejemplo:

"4—Bueno, pensaba, por qué le fastidia que nos callemos ¿le preocupa?

Líder—¿Por qué sería?

4—No podría soportar el silencio

2—Si el Dr. no interviniera, no tendría objeto la reunión.

4—O sea que nosotros necesitamos, de todos modos, estímulo.

2—En cuanto al tema, lo que más se teme es la diferencia de opinión. Yo creo que, en el Perú, no se cumple con el problema religioso, sólo abarca una esfera privilegiada, ya que se preocupa poco de las clases bajas".

Interpretando: el Líder cumple o no con su papel de Líder o profesor, (la dependencia) la Iglesia, ¿cumple o no sus funciones?

En la *Sexta Sesión:* Hay un ánimo depresivo de minusvalía, teñido por sentimiento de culpa, ésta es proyectada finalmente al Líder, expresarían "El profesor" es el culpable de que seamos malos".

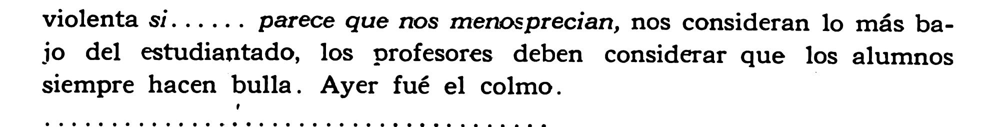
Ejemplos:—Los alumnos se refieren a una situación creada entre ellos y un profesor quien les increpó su mala conducta, y abandonó el salón de clase.

Líder—Pueden expresarse:

9—Talvez podríamos discutir lo que sucedió con el Dr. de Fisiología. Varios profesores han querido compararnos con alumnos de otros países, que venímos solo por la lista, tratarnos con desprecio, burla, eso también sucede en años anteriores. Tal vez sea desesperación de nosotros el aumento del tiempo.

4—La reacción máxima que tuvo fué con ese muchacho, y fué tan

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera


violenta *si*...... *parece que nos menosprecian,* nos consideran lo más bajo del estudiantado, los profesores deben considerar que los alumnos siempre hacen bulla. Ayer fué el colmo.

....

—¿Pero un estudiante debe fastidiar así? Yo diría que, en el salón, hay elementos que impiden el desenvolvimiento de la clase. En Pre-Médicas no estábamos desprestigiados.

....

2—La actitud del profesor, me pareció acertada, salirse en lugar de amonestarlo.

9—Si te acuerdas, el primer momento, nos despreció, nos dijo que solo íbamos por la lista.

4—Y ya son dos o tres veces que nos dice eso.

9—El egoísmo del profesor de excluírse del resto, se trata de llegar al entendimiento alumno-profesor, en otros años se ven cosas peores.

Casi al finalizar la sesión, el grupo propone el tema en la situación trasferencial dentro del grupo, pero no llega a traslaborarlo. Se siente abandonado. Ejemplos

"7—Analizamos si es líder para ver si cumple mal su función.
(refiriendose al líder del grupo).

En la *Octava sesión,* se teme que miembros del mismo grupo experimenten con el silencio; la proyección persecutoria alcanza un alto nivel de angustia que, incluso, se prolonga a la siguiente sesion. Hay desconfianza entre los mismos integrantes del grupo, el silencio, notorio en ciertos momentos, expresaría, en este caso; desconfianza, temor y angustia. Se identifican con emfermos mentales, son "objeto de experimentación".

Ejemplo:

"4—Quisiera preguntar sobre la película "Almas en tinieblas", en que se hace una experiencia similar a este grupo, para investigar. Siempre hemos querido saber aquí la finalidad del grupo.

Líder—El grupo mismo puede opinar.

4—No puede opinar el grupo mismo Dr....... (risas).

2—Yo he visto la película, es una innoveción que la hacen médicos jóvenes de avanzada y los que más se oponen son los conservadores. Cla-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ro, desde luego, hay extremo peligro el que a enfermos agresivos se les deje en libertad, al que incluso puede estar en peligro.

4—Pero nosotros nos identificamos porque ahí se realizan grupos de psicoterapia experimental.

2—Perdón, entonces ¿tu dirás que están aquí tratando a personas enfermas?

4—No; claro que es dudoso el que todos sean sanos. Debe haber una cuestión de curso; yo supongo que es un trabajo en que se experimenta.

2—Has pensado dedicarte a experimentar.

4—¿Pero con seres humanos? En este caso es diferente, lo que pido es la finalidad (del grupo).

6—¿Cual sería el motivo de tu pedido?

4—Saberlo.

6—¿Y qué harás?

7—Pero hay una finalidad y ayudará a tu problema el saber que se está experimentando.

2—Mas bien cabía preguntar nuestro parecer sobre esta innovación. Me parece que es un buen tratamiento, porque un enfermo mental reprime una fuerte emoción y el 80% de la población sufre de alguna alteración que no se manifiesta".

Luego de un silencio:

"Líder—¿Cómo podría interpretarse el silencio del grupo?. ¿Qué piensa el grupo de eso?

4—Se podría pensar que es un rechazo, porque el grupo sería rechazo al...... al...... tema que se está discutiendo. (silencio)...... para no hablar...... (risas).

Líder—Hay el temor de que a algunos miembros del grupo también les guste la experimentación.

4—Similar...... (finaliza el grupo)".

En la *novena sesión* el ánimo paranoide persiste, atribuyendo proyectivamente a uno de sus líderes, que "los obliga a quedarse callados".

Ejemplo:

"5—Con que digas que hayamos avanzado no explica que te hayas inhibido la vez pasada. (risas de burla a 6)

6—(algo amoscado) No quiere decir, porque ustedes también se han quedado callados.

5—Tu obligas al experimento de quedarse callados.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

6—Yo no he obligado a nada".

En la *12 sesión,* el grupo piensa que su líder emergente, identificado con el líder principal, ha tramado algo en relación al silencio, siendo ellos los que permanecen callados. Esto revelaría factores más profundos del pensamiento mágico y su trasmisión, teniendo como base el mecanismo proyectivo.

El grupo no habla por temor a ser interpretado, se siente observado y en experimentación. Hay un silencio de 45'.

Ejemplo:

"Luego de 45' de silencio en que se manifiesta franca agresividad hacia el líder, expresado a través de actitudes, gestos, miradas, irónicas y agresivas......

9—¿Qué les parece si analizamos estos silencios que se están presentando incluso en otros grupos?. Los conocimientos del curso de psicología hace que la censura trate de estrechar aún más los contenidos que salgan. Prácticamente se está cayendo en un silencio de regresión. A veces se trata de temas que tocan aspectos de conflictiva, pero se evita caer en lo personal e íntimo.

(silencio)

(pequeña discusión en el grupo).

6—Perdón. De la forma en que lo explicas, el grupo llegaría a una inhibición completa. Dentro de un año más, ya no existirían grupos de trabajo. Si observamos la actitud de cada cual dentro del silencio, es diferente.

9—¿Qué te parece si preguntáramos lo que ha pensado cada cual en el estado de silencio?. A ver ¿Tu?

6—He estado observando. Por ejemplo, he visto a 8 que cada vez se ponía más y más colorado.

9—¿Qué dices? (a 8)

8—¿Colorado? (sonríe).

6—En el silencio se ven actitudes diferentes.

9—¿Qué piensa 2?

6—¿Por qué 2 y no tú? (a 9)

2—Francamente no pensaba en el grupo sino en otras clases.

9—Tu (a 1)

1—En el protocolo que tengo que presentar a la tarde.

9—Tu (a 3)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3—Bueno, *pensé que él* (6) *había tramado algo*. Hablo poco porque me duele la garganta.

9—¿Tú?

10—En lo que iba a hacer en la tarde.

5—En un paciente hospitalizado.

9—¿Y tú?

7—Bueno, en las ratas (animales de experimentación en otro curso). (risas)

6—Eso de la garganta (a 3) es un pretexto.

5—Yo pienso que si digo algo, pensarán que es el inconsciente".

En la *13 sesión* el grupo continúa el tema del silencio provocado por alguno de sus miembros. Al mismo tiempo, ésto indica conflictiva en este punto, así como el proceso de traslaboración consecuente. El sublíder. en este caso, se identifica con el Líder principal y el observador y con el papel que el grupo le asigna. Como síntoma del grupo, revela, inconcientemente, un sentimiento mágico de omnipotencia. Ejemplo:

"................................

6—Yo quería ver qué conclusión se saca al no hablar.

4—A mi me parece que el silencio es un rechazo, y más en este tipo de grupo, y más (sonríe) el examen, porque en realidad tenemos poco tiempo, (discusión entre 6 y 4).

4—Tú vienes porque una falta tiene consecuencia en la cátedra y como no deseamos el grupo, lo rechazamos con el silencio.

Líder—¿Qué piensa el resto del grupo?

6—Supongamos que cambiamos de grupo.

4—Tú siempre tan observador (irónico) podría enterderse tu interpretación como que el grupo no funciona.

6—Explica.

4—Tú te callaste para ver el silencio, si no te callabas, el grupo funcionaba, de ahí se deduce que eres indispensable en el grupo.

6—¿Quiénes sostienen la conversación?

4—La mayoría.

6—¿La mayoría?. Los que plantean algunos puntos, tú o 9

4—¿Tú? (ríe)".

En las siguientes reuniones no se vuelven a presentar estos mecanismos, lo cual implicaría su probable traslaboración y cierta integración de esta área.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONSIDERACIONES TEORICAS

El pensamiento mágico y su estrecha relación con factores esquizo-paranoides, tiene tal vez su primera formulación, en los trabajos del propio Freud (4).

En su libro "Mas allá del principio del placer", expresa que, en el organismo humano, el instinto de agresión, o instinto de muerte, es opuesto y contenido por el instinto de vida o eros. Para no ser destruído por su propio instinto de muerte, el organismo emplea su líbido para expulsar a aquel hacia afuera y dirigirlo contra sus objetos.

Freud se refiere a sus observaciones de la relación de un niño con sus padres, con los que vivió algunas semanas (1). Este niño, de apenas año y medio, pronunciaba algunas palabras incomprensibles y, fuera de ellas, disponía de sonidos significativos para expresarse. Su conducta era ejemplar y nunca lloraba cuando su madre le abandonaba por varias horas, a pesar del intenso cariño que parecía tenerle.

Al observar sus juegos en ausencia de la madre se apreció la repetición de ciertos actos, arrojaba los juguetes lejos de sí, en lugares apartados del cuarto lanzaba un agudo y largo ¡o-o-o-o! que a juicio de él y de la propia madre correspondía al significado de "fuera". La interpretación era clara, la renuncia del niño a la satisfacción del instinto, al permitir sin resistencia alguna la marcha de la madre; se resarcía en el acto poniendo en escena la misma desaparición simbólica y retorno de los objetos. El arrojar el objeto significaba, pues, la satisfacción de un impulso vengativo contra la madre por haberse separado de él, significaría "Te puedes ir, no te necesito, soy yo mismo el que te echa".

Vemos, pues, como ya, el autor de psicoanálisis intuyó este importante mecanismo proyectivo en un niño de muy corta edad y demostró que el funcionamiento del Super Yo no se limita a la mente consciente sino que la influencia inconsciente es mucho más opresora.

El temor del niño a ser devorado, despedazado, perseguido, por figuras amenazadoras, es un componente regular de su vida mental (5). Los monstruos surgidos de los cuentos y leyendas ejercen su influencia inconsciente en la fantasía del niño, revivendo su conflictiva original. Melanie Klein enfatiza que no hay ninguna duda de que las identidades que se ocultan detrás de esas figuras imaginarias y aterradoras son los padres del propio niño, por deformada y fantástica que pueda parecer la semejanza. Estos monstruos u animales internalizados en sí, o asimilación de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los padres, revelan que el Super Yó del niño no coincide con la imagen de los padres reales, sino con elementos imaginarios de ellos. La angustia fóbica se basa en esta fantasía irreal.

Esta medida defensiva del Yo, aparentemente la primera, según esta autora, constituye la piedra fundamental del desarrollo del SuperYo. El niño es dominado por el temor a sufrir ataques, expresión de su propio temor inconsciente.

M. Klein utilizó los juguetes, representativos de los diversos personajes, y objetos familiares en los juegos infantiles (6) espontáneos o sugeridos, y afirma que es durante los primeros meses de la vida extrauterina que se forman las actitudes básicas del Yo y se crea el SuperYo sobre los primeros objetos internalizados por el niño.

La vida mental del lactante es rica en fantasías inconscientes y, a los 6 meses de edad, ya es capaz de amar, odiar, desear, agredir y destruír a la madre. Al asustarse de su propia agresividad y no poder soportarla, la proyecta hacia afuera atribuyéndola a un objeto malo que será preciso devorar para destruír. El mal seno materno se torna en el prototipo de todos los objetos externos e internos perseguidores.

La proyección y la introyección son utilizadas como intentos de mantener separado fuera lo malo y dentro lo bueno (4).

Pero los sentimientos malos no pueden mantenerse afuera pues son sentidos como perseguidores implacables dentro de sí. Son negados y atribuídos a agentes extraños, idénticos a los objetos originalmente leseados e incorporados de los padres reales.

Conscientemente, entonces, el odio y la rebelión contra los perseguidores internos se desvían hacia substitutos de los padres, ocualquier autoridad, en nuestro caso el Líder del grupo. Proceso éste que consideramos imprescindible dentro de la evolución del grupo formativo.

El objeto se trasforma entonces en representante del Yo y estos procesos constituirían la base de la identificación por proyección. (4)

La re-introyección de este objeto perseguidor aumentaría entonces el nivel de angustia en el proseso regresivo. En cambio la re-introyección del objeto bueno reduce la angustia persecutoria y el Yo se integra adquiriendo mayor fuerza.

Robert Harper (3) cree que, en las sesiones de psicoterapia grupal, un problema emocional puede ser de tal modo experimentado que las palabras parezcan insuficientes. Creemos que en estos casos es cuando lo simbólico e inconsciente entra en la dinámica, movilizando al grupo, en casos de mal manejo puede llegar a la desintegración.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Otros autores (2) aluden a la posición esquizo-paranoide como conocimiento teórico indispensable en la comprensión profunda de los mecanismos del grupo.

Melanie Klein explica esta angustia primaria recordando el desamparo del bebé (4), para el cual cualquier estímulo será sentido como abrumador.

Aclarando estos conceptos diremos que, en la primera infancia, surge la angustia característica de la psicosis, que es la que conduciría al Yo a desarrollar mecanismos de defensa específicos, (proyectivos).

En este período se encuentran los puntos de fijación de todas las perturbaciones psicóticas pero ésto no quiere decir que la regresión a estos niveles implique necesariamente psicosis.

Hablamos, sí, a un nivel inconsciente de "angustia psicótica". En otros términos, diremos que el pensamiento mágico del niño, las fantasías del adolescente y ciertas defensas caracterológicas del adulto frente a este participan de algunas de las características del pensamiento psicótico.

CONCLUSIONES

Haciendo un balance final del objetivo de este trabajo: investigar el pensamiento mágico y los factores esquizo-paranoides, encontramos: que éstos se hallan presentes en solo ocho del total de las sesiones, siendo muy importante el hecho que estas sean precisamente predominantemente las primeras, lo que revelaría el proceso de traslaboración posterior y el insight respectivo, hecho que, de por sí, indica un alto nivel de inteligencia y comprenhesión en el estudiante de medicina y especialmente en el grupo en estudio.

En el proceso de dos años de experiencia grupal hemos visto cómo la regresión, al poner de manifiesto un Yo infantil, inmaduro y desamparado, recurre a los mecanismos ya mencionados esquizo- paranoides.

El líder del grupo es sentido como mágicamente poderoso, pasa a ser temido y odiado. En el proceso introyectivo sucede lo contrario, ya que es sentido como objeto bueno, pero este aspecto no es objeto de nuestro estudio.

La angustia del grupo es de tal intensidad que impresiona como angustia de tipo psicótico, recurriendo a todas sus defensas y regresionando con el pensamiento mágico proyectivo-infantil.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El grupo, a través de su temática, se siente "cosificado", sujeto de experimentación, se siente observado y experimenta temor. Está regido por un líder y por leyes excepcionales, en un sistema dirigido por un "cerebro privilegiado".

En esta primera etapa el grupo se defiende con silencios, actitudes, pensamiento mágico de omnipotencia, etc. frente a la angustia persecutoria.

Esta adquiere tal magnitud, que como se ha visto, en algunas sesiones es desplazada y la desconfianza ante el líder principal se convierte en desconfianza entre los mismos miembros del grupo; "la experiencia se hace entre ellos mismos".

Esto nos permite afirmar que, en este segundo año, a un nivel profundo, el grupo ha trabajado intensamente, manteniendo su integración como grupo y revelando su capacidad para una completa maduración ulterior.

SUMARIO

El autor realiza una investigación en un grupo formativo de estudiantes de Medicina, en su segundo año de experiencia grupal.

Se analizán los rasgos esquizo-paranoides, de contenido mágico-infantil evidente, expresados a través de varias sesiones. Se concluye que estos mecanismos defensivos constituyen uno de los estratos inconscientes más profundos, cuya gran carga de angustia se expresa simbólicamente a nivel psicótico.

SUMMARY

The author has investigated the dynamics of a second year working group of medical students.

Analyzing data gathered from several sesions, she emphasizes the schizo-paranoid traits of the group dynamics. These traits are expressed through magic-infantile contests and subjects.

The author concludes that groups use these magic contents as defense mechanisms which reveal a deep anxiety of psychotic nature.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

1. FREUD SIGMUND— Obras Completas, capítulo "Mas alla del principio del placer". Tomo 1 — Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. — 2. GRINBERG LEON, LANGER MARIE, RODRIGUE EMILIO— "Psicoterapia de Grupo" —Edit. Paidos— Buenos Aires 1957. — 3. HARPER ROBERT —"Psicoanálisis y Psicoterapia"— capítulo: Psicoterapia de Grupo. —Edit. Herrero hermanos, Sucs., S.A. México D.F. 1960. — 4. KLEIN MELANIE y otros— "Psicología infantil y Psicoanálisis de hoy" —Editorial Paidos— Buenos Aires 1965. — 5. KLEIN MELANIE y colaboradores — "Desarrollos en Psicoanálisis" Riviere Joan — "Sobre la génesis del conflicto psíquico en la primera infancia" en Melanie Klein y otros "Desarrollos en Psicoanálisis". Heimann Paula "Algunas funciones de Introyección y proyección en la temprana infancia", obra citada en Melanie Klein y otros "Desarrollos en psicoanálisis". — 6. MIRA y LOPEZ EMILIO.— "Doctrinas Psicoanálíticas".—Editorial Kapelusz, S.A. —Buenos Aires— julio 1963.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE EL GRUPO FORMATIVO*

HILARION TOVAR NARREA **

INTRODUCCION

El Departamento de Ciencias Psicológicas, encargado de organizar e impartir la enseñanza de las disciplinas psicológicas en los cinco años de estudios de la Facultad de Medicina, como parte del entrenamiento, además de las clases teóricas, los seminarios y clases prácticas, ha dividido a los alumnos en grupos de finalidad formativa cuyas características más saltantes pasamos a señalar. En primer lugar, son primarios y artificiales, homogéneos, por estar conformados por estudiantes de un mismo año; mixtos, porque se incluye en ellos una o dos damas y cerrados, porque se mantienen conservando la estructura inicial hasta fin del año. Se reunen en ambientes adecuados, verdaderos laboratorios psicológicos, 60 minutos una vez por semana, en día y hora fijos, en compañía de un líder formal, para usar la expresión de Sprott, y su respectivo observador.

La finalidad de estos "grupos formativos" creo que pueden reducirse a tres propósitos bein definidos: 1) Sirven para ayudar a madurar psicológicamente a los estudiantes en esta etapa difícil de su evolución psicosomática, propiciando que la formación de su personalidad se realice en la forma más adecuada. 2º) Sirven para vivenciar, en la situación grupal, los hechos psicológicos y percatarse "existencialmente" de la di-

---

* Presentado en el IX "Congreso Interamericano de Psicología" organizado por la Sociedad Interamericana de Psicología, realizado en Miami, Florida, del 16 al 21 de Diciembre de 1964.

** Psicólogo — Clínico del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

námica grupal en esta micro-sociedad, lo que ha de redundar en la mejor comprensión de sí, y de los demás. 3º) Sirven para el estudio de estos grupos suigéneris. Las conclusiones a las que se llegue redundarán, sin duda, en beneficio de los estudiantes, no sólo médicos, sino también de otras Facultades, especialmente de Humanidades, que, como ya lo dijera en otra comunicación, "tan deshumanizada permanece, anquilosada por la enseñanza teórica y fría".

Despertó mi interés el estudio de la actitud que se asume frente a los grupos formativos. En este sentido habían tres posibilidades de investigación: la actitud que adopta el líder, el observador, y los alumnos.

Limitando nuestro objetivo al estudio de la actitud asumida por los estudiantes ante los grupos formativos dentro de la dinámica grupal, se pueden analizar los aspectos pre-verbales, es decir las actitudes posturales, los silencios, etc., de acuerdo con Bion, cuando expresa: "No existe ninguna posibilidad de que el individuo no haga nada en un grupo, ni siquiera cuando no hace nada". En lo que concierne al campo de la expresión verbal, más rico y vasto, se presta a interpretaciones en distintos planos. Si nos atenemos a los moldes de la psicoterapia individual y los aplicamos a la interpretación del grupo, tendremos lo que nos es dado escuchar con el 3º, 4º y 5º oídos, formulados por el Dr. Seguín (37). Creo que es, sin embargo, oportuno recordar a Nietzsche, cuando dijo: "Las palabras son puentes de ilusión entre seres eternamente separados".

Debemos considerar a la expresión verbal, la palabra, como instrumento portador del pensamiento, cargado de afectividad y que, en última instancia y pese a sus limitaciones, nos muestra la personalidad del sujeto o sujetos de nuestro estudio.

Para precisar conceptos, tomamos, la noción de actitud vertida por G.W. Allport, cuando dice que "la actitud es una disposición del individuo a actuar en un sentido determinado con relación a un objeto dado".

Las hipótesis planteadas inicialmente son las siguientes:

1º—Los miembros del grupo deben asumir alguna actitud, sea ésta de aceptación o rechazo frente al grupo.

2º—Debe existir alguna relación dentro del grupo entre rasgos de personalidad y la actitud asumida ante los grupos formativos.

3º—Las expresiones verbales deben decirnos sobre la situación grupal.

4º—Deben servir, los grupos, para ayudar a formar la personalidad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de los estudiantes; esta ayuda debe traducirse en alguna forma dentro del grupo.

5º—Si los grupos cumplen su cometido de ayudar a formar la personalidad del estudiante de medicina, pueden servir también para ayudar a formar la personalidad de alumnos de otras Facultades.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se ha realizado en un Grupo Formativo integrado por 10 miembros, estudiantes de Medicina del 1º Año de 1963. Para su identificación se les asignó un número correlativo del 1 al 10.

He seguido los pasos siguientes para llevar a cabo el trabajo que expongo:

1º—Se han estudiado a los 10 alumnos de la siguiente manera: a) Se consigna en forma breve el informe psicológico, b) Se computan las expresiones verbales vertidas en las 21 primeras sesiones sobre los grupos, c) Se computan las expresiones de las dos últimas sesiones donde se trata específicamente de la opinión que les merecen los grupos en ausencia del líder, d) Se hace un estudio comparativo entre personalidad y expresión verbal.

2º—Se ha estudiado al grupo como totalidad en la forma siguiente: a) Se consigna en las 21 primeras sesiones las expresiones de todo el grupo que tengan referencia al mismo, ordenándolas por su frecuencia y hallando el correspondiente porcentaje, b) Se consignan los tipos de expresiones de todo el grupo en las dos últimas sesiones, ordenándolas por su frecuencia, hallando el porcentaje correspondiente, 3) Se comparan las expresiones de las primeras con las dos últimas sesiones del grupo, tomadas como entidad gestáltica con el objeto de apreciar su evolución.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de los test de personalidad de los integrantes del grupo formativo materia de nuestra investigación, muestran que ellos poseen características psicológicas individuales en las que predominan rasgos de inmadurez, especialmente en el área sexual, lo cual es comprensible en el adolescente latinoamericano cuya educación sexual es deficiente. La dinámica familiar inadecuada, los padres agresi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vos, el ambiente socio-cultural y económico precarios, et., condicionan situaciones conflictivas con la autoridad, excesiva dependencia, suspicacia, recelo, inseguridad y sentimientos de inferioridad. Después de haber estudiado el informe de más de 480 alumnos, podría afirmarse que estas características se hallan dentro de los términos normales. En todos ellos se encuentra un índice intelectual elevado, que corresponde al hecho de haber acupado los primeros puestos en los estudios secundarios y superado el rigor de los exámenes de ingreso a la Universidad.

Ahora bien, para responder a las interrogantes planteadas al inicio de nuestra investigación, empecemos con la descripción de los rasgos más sobresalientes de cada uno de los miembros del grupo:

El *Miembro Nº 1*: varón, atlético, enurético hasta los cinco años, onicofagia hasta la actualidad, agresivo, con mala relación interpersonal; muestra su poca aceptación que dice le sirve para criticar a los profesores. Su actitud recelosa se manifiesta cuando dice. "No es oportuno que nos den los resultados", Agradece al líder y al observador en la última sesión. En general, comenta que los grupos sirven como desahogo, es decir, para hacer catarsis, lo que bajaría las tensiones del alumno.

El *Miembro Nº 2*: varón, pícnico, alegre, muy estable, se relaciona bien, se queja del trabajo superficial en el grupo. Es consciente de los problemas que se derivan, pero se queja con amargura de que los demás miembros ofrezcan resistencia a expresar sus problemas, dice "Yo me dejo ver, Uds. nó". En las últimas sesiones expresa que el grupo le sirvió personalmente y que les servirá a los demás.

El *Miembro Nº* 3: mujer, leptosómica. Dinámica familiar anormal, rechaza al padre por agresivo y alcohólico. Tiene dificultades para alternar con varones; sueña con monstruos, es agresiva e insegura. Acepta los grupos y tiene clara noción de su finalidad, dice: "Aquí, en el grupo, podemos ponernos agresivos porque aquí se expresa todo lo que uno quiere", refiere haber cambiado, especialmente en el plano intelectual "He cambiado en mis ideas".

El *Miembro Nº* 4: varón, viscoso, con marcados rasgos neuróticos, enuresis hasta los 5 años, onicofagía hasta la actualidad. De reacciones violentas y agresivas, teme a la oscuridad, habla cuando duerme. Sus compañeros le llaman "loco". En un arranque de violencia mató a un animal, por lo que sus familiares lo llevaron donde un psiquiatria. Rechaza el grupo desde el inicio, su actitud paranoide es patente cuando dice: "No conviene que nos den los apuntes, porque en la próxima ya no hablamos".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El *Miembro Nº* 5: varón, leptosómico; enuresis hasta los 3 años, onicofagía hasta la actualidad, lo que, según su propia expresión, es su mayor tormento. Su mayor problema es el sexual; habla, piensa y sueña con mujeres; se masturba excesivamente. Acepta el grupo, pero rechaza el traer problemas al mismo.

El *Miembro Nº* 6: varón, algo asténico, es el hermano mayor, presenta onicofagia, tímido frente al sexo opuesto. Trabaja para ayudar a su familia; reacciona con violencia, tiene sentimientos de inferidad física y se siente incomprendido por los demás, por lo que tiene dificultades en la relación interpersonal, aislándose en las reuniones sociales. Es pesimista; piensa que puede tener algo de enfermo mental, "me dicen loco; algo tendré". Muestra rechazo por los grupos. "Nunca se completó el grupo, en vista de eso fracasa". Piensa que son tratados como "locos" y que los grupos no son frmativos, sino terapéuticos. Al final expresa: "No me ha parecido interesante el grupo; yo creo que acá no he madurado". Tan sólo acepta que los grupos, en cierta forma sirvan como válvulas de escape.

El *Miembro Nº* 7: mujer, atlética. Es algo callada, tímida; tiene dificultades para relacionarse con extraña, mas no con sus familiares. En el grupo no habla y sólo interviene en dos oportunidades durante 21 sesiones; opina que los grupos sirven para expresar problemas personales y colectivos. Procede de una familia integrada. Es deportista y de buen rendimiento intelectual.

El *Miembro Nº* 8: varón, leptosómico; de dinámica familiar inadecuada, enuresis hasta los 5 años, onicofagia hasta la actualidad, habla dormido; inseguro en su rol masculino, es poco comprendido con su carácter. Ha pedido ayuda psiquiátrica en más de una oportunidad, muestra rechazo por los grupos: se siente tenso en los mismos y dice: "Uds. creen que nos sentimos como presos", "No estamos integrados en los grupos". Habla muy poco, pero su altitud y expresión pre-verbal es muy rara, ya que se aisla, mueve las manos, leer el periódico, etc. —aspecto que no considero en este trabajo por haber sido materia de otras comunicaciones—.

Al final acepta los grupos en estos términos: "La mayoría ha sacado ventaja", pero trata de convertirlo en grupo terapéutico.

El *Miembro Nº* 9: varón, atlético. Su intervención en el grupo fue incompleta, pues se retiró a medio año por incompatibilidad en el horario. De las pocas expresiones registradas, se deduce que acepta el grupo y considera amigos a los miembros del mismo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El *Miembro Nº* 10: varón, atlético, de familia bien integrada, algo agresivo, pero no pierde el control, algo lento. Su rendimiento es bajo, repite año en la Facultad, teniendo experiencia grupal por haber participado en el grupo el año anterior. Se queja con amargura de los grupos y les echa la culpa de haber sido desaprobado por límite de faltas, tratando, por otra parte, de prevenir a los miembros de la importancia de la asistencia. Piensa que los grupos sirven para desahogarse y para relacionarse. En las últimas sesiones dice "De todo punto de vista los veo efectivos", al final comenta haber madurado en el grupo: "me ha servido para conocerme a mi y a los demás", encontrándolo útil para la discusión de sus problemas, para hacer catarsis, ya que si no fuera así "delinquirían". Es un líder ocasional moderador, que apoya al líder formal y previene al grupo.

En el comentario escueto que se ha hecho sobre cada uno de los miembros del grupo, se ha podido apreciar, en forma muy somera pero clara,la actitud verbal asumida frente a los grupos formativos y la estrecha relación entre dicha expresión y los rasgos de personalidad de sus miembros. Así, la aceptación es mayor cuanto más estable es la personalidad y sus áreas de conflicto son de menor cuantía y de escasa resonancia e intensidad. A la inversa, cuanto más inadecuada es la personalidad y predominan los rasgos neuróticos, se tiende a rechazar el grupo con una actitud paranoide, como resguardándose de ser estudiados o conocidos .Cuando la conflictiva es aguda el alumno se pone tenso, se angustia, los mecanismos a los que ha estado acostumbrado van fallando y se percata, en el grupo, que son insuficientes y necesita reforzar su Yó ante el peligro de un posible rompimiento. Es entonces cuando, en forma consciente, pide, sea dentro del grupo o fuera de éste, ser "tratados" o, de otro modo, trata de convertir el grupo formativo en grupo terapéutico, lo cual nos hace apreciar que las expresiones de rechazo verbal no son otra cosa que pedidos de ayuda.

Respondiendo a la interrogante: ¿Qué actitud asume el grupo, como entidad gestáltica, frente a los grupos formativos?, distinguimos: expresio vertidas que nos muestran la excesiva preocupación del grupo por la asistencia al mismo, que alcanzan una incidencia de 23%; se quejan de la falta de integración, en un 9.5% y, en un 7.5%, el grupo, se percata de que, en forma consciente o inconsciente, trae sus problemas para abordarlos en la situación grupal. Hay toda una gama de adjetivos que califican a los grupos, como puede verse en el cuadro Nº 2. Ellos son positivos, o sea de aceptación, como: "Los grupos sirven para conocer nues-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

- CUADRO No. 1 -

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

ALUMNOS	TESTS VALORACION		EXPRESION VERBAL													
			VALORACION													
			Tema: libre en las 21 sesiones							Tema: Opinar sobre los grup. en las 2 ult.ses. sin líder.						
	CUANTITATIVA.		Particip.Total.	Parcial.	%	Aceptación.	%	Rechazo.	%	Partic. tot.	Parcial	%	Acep tac.	%	Rechazo.	%
1	-	42.00	241	14	5.8	14	100	0	%	22	13	59	13	100	0	0.
2	+	29.75	276	16	5.8	16	100	0	%	34	17	50	17	100	0	0.%
3	-	31.50	279	15	5.3	15	100	0	%	21	11	52	11	100	0	0 %
4	-	27.25	199	12	6	5	44	7	66	11	2	18	2	100	0	0. %
5	-	51.75	191	5	3	3	60	2	40	7	4	57	4	100	0	0. %
6	-	24.25	327	28	8	. 22	7	6	21	51	23	45	10	44	13	56 %
7	+	21.50	65	2	3	2	100	0	%	8	6	75	3	50	3	50 %
8	-	53.25	113	7	6	3	43	4	57	28	11	39	5	45	6	55 %
9	-	42.75	66	4	6	4	100	0	%	--	--	--	-	--	-	--
10	-	28.75	398	36	9	20	55	16	45	45	26	57	20	74	6	24
TOTAL	-	250.25	2.155	139	57	104	709	35	229	227	113	452	85	713	28	185
Promedio.	-	25.02	215	13.9	5.7	10.4	70.9	3.5	22.9	227	113	452	8.5	71.3	28	18.5

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO Nº 2

EXPRESIONES VERTIDAS POR EL GRUPO EN LAS 21 SESIONES

El grupo ha intervenido 2.155 veces y sobre los grupos se ha referido 132 que hace un 6% del total

EXPRESIONES	Frecuencia	Porcentaje
"Se cuentan las faltas al grupo"	32	23. %
"No hay integración"	13	9.5 %
"Creo que consciente o inconscientemente sacamos nuestros propios problemas"	10	7.5 %
"Se puede discutir cualquier tema"	7	5. %
"Trabajamos superficialmente en el grupo"	7	5. %
"Los grupos sirven para conocer nuestro comportamiento"	7	5. %
"Cómo hacían grupo los "locos"? .... cada qué tiempo se reunían, tenían líder y observador?	6	4.5 %
"Nos tratan igual que al grupo de "locos"	5	3.7 %
"Aquí en el grupo podemos ponernos agresivos, porque se expresa todo lo que uno quiere"	5	3.7 %
"Hay miembros que no hablan, que nos impiden formar grupo"	5	3.7 %
"Nosotros el hablar estamos refiriéndonos a otra cosa, inconscientemente nos desahogamos	4	3. %
"No intervienen en los grupos por temor a meter la pata"	4	3. %
"Deben darnos el contenido de lo que apuntan"	4	3. %
"Yo pienso que no deben darnos a conocer lo que apunta el observador"	3	2. %
"Será como un seminario"	3	2. %
"Somos distintos los que formamos el grupo, no somos amigos"	3	2. %
"El grupo es un medio como para criticar a los profesores"	3	2. %
"Tenemos dificultades para adaptarnos al grupo"	3	2. %
"Puede decirse que hubo intento de integración"	3	2. %
"En los grupos no nos orientan"	3	2. %
"No quiero traer mis problemas personales al grupo"	3	2. %
"Ya sabía que había un observador"	2	1.5 %
"En los grupos el profesor vé de otra manera"	2	1.5 %
"No hay motivo para atacar en el grupo"	1	0.7 %
"El grupo sirve para relacionarnos"	1	0.7 %
	139	100 %

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tro comportamiento"; "Aquí, en el grupo, podemos ponernos agresivos, porque se puede expresar todo lo que uno quiere"; "Nos desahogamos", "El grupo sirve para relacionarse", etc., y negativos o de rechazo como: "Nos tratan igual que a un grupo de locos"; "Trabajamos superficial mente en los grupos"; "No quiero traer mis problemas personales al grupo", etc.

En las dos últimas sesiones se les pide opinar acerca del grupo en ausencia del líder. Las expresiones son abundantes y claras y muestra la sorprendente evolución del grupo. El rechazo disminuye y la aceptación aumenta, como se aprecia en el cuadro Nº 3. Así, por ejemplo, se refiere en un 16.9% que: "La integración es parcial" aceptando implícitamente la integración, aunque sea en el plano intelectual; "El grupo me sirvió a mi y nos servirá", (9.7%) "El grupo sirvió para desfogar", (5.5%) "Nos debe ayudar en nuestra vida de interrelación", (5.5%) etc. Sumando estas expresiones, que superan a las negativas, pese a que hay algunos alumnos con rasgos neuróticos y áreas de conflicto, como viéramos en el análisis individual, entrevemos un balance suficientemente favorable como para justificar la existencia de los grupos de trabajo.

CONCLUSIONES

1.—Se evidencia una estrecha relación entre rasgos de personalidad y las expresiones verbales vertidas acerca del Grupo Formativo.

2.—El grupo sirve para esclarecer problemas personales, especialmente aquellos que mantienen tenso y angustian al alumno.

3.—Los integrantes del grupo cuya personalidad ha madurado más o menos adecuadamente, aceptan los grupos como algo provechoso, mientras que los que han tenido mayores obstáculos para el desarrollo de su personalidad, tienden a perturbar el desenvolvimiento del grupo, rechazándolo por coercitivo y no espontáneo, pero tratando, a la vez, de convertirlo en grupo terapéutico.

4.—En las dos últimas sesiones se puede ver que los alumnos, y el grupo mismo, han hecho relativo "insight" de sus problemas. Creemos que es necesario continuar en años posteriores para que, con un mejor acopio de datos, arribemos a conclusiones definitivas.

5.—Finalmente, creemos que será de gran interés y utilidad emplear este mismo tipo de Grupos Formativos en los alumnos de las Facultades de Psicología, Sociología, Antropología, Educación, etc., y formar Grupos Terapéuticos especiales con aquellos que presenten rasgos neuróticos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO Nº 3

El grupo interviene 227 y se refiere a los grupos en 113 veces que hace un 50% del total.

EXPRESIONES	Frecuencia	Porcentaje
"La integración es parcial	19	16.9 %
"El grupo me sirvió a mí y nos servirá"	11	9.7 %
"Fueron tomados con burla los problemas personales"	10	8.9 %
"Necesitamos más horas; o una pero de 2 horas"	8	7. %
"Dar los resultados es prematuro"	7	6. %
"Que nos den personalmente los resultados"	7	6. %
"Sirvió el grupo para desfogar"	6	5.5 %
"Nos debe ayudar en nuestra vida interrelación"	6	5.5 %
"Se trató problemas personales"	6	5.5 %
"Seguiremos el próximo año, el mismo grupo"	5	4.5 %
"Critiquemos al líder y al observador"	5	4.5 %
"Yo creo que acá no se ha madurado"	5	4.5 %
"Hay dos o tres sub-grupos"	4	3.5 %
"Hemos podido solucionar nuestros problemas pero no lo hemos dicho por temor"	4	3.5 %
"Piensas estar sometido a observación 2 horas por 5 años"	4	3.5 %
"No hay todavía amistad íntima"	3	2.5 %
"El objetivo es conocer el futuro médico"	2	1.7 %
"Nos tratan como a "locos"	1	0.8 %
	113	00 %

SUMMARY

The Psiychological Sciences Department of the school of Medicine ot the Universidad Nacional Mayor de San Marcos of Lima, has gathered has students in groups with a "formative group" composed by ten members, students of the first year of Medicine the year 1963. The purpose was to determine in what measure this "formative groups" era conductive to the end pursued: to contribute to the developmet of the personality of the student in this critical stage of his psychosomatic evolution. Further-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

more, it endeavors to determine in which form the individual traits of personality go on existing in the group; how they reveal themselves and what in the meaning of the verbal expressions, and attitudes adopted by its members in de "*FORMATIVE GROUP*". On the other hand, to see whetter these groups could be used by other schools with other students. After an exhaustive study of the personality of the members through psychological tests of Imcomplete Phrasses and of the Human Figure and verbalization and attitudes adopted in the group, the following conclussions were arrived at:

1.—There is close relation ship between the personality traits and the verbal expressions in the "formative group".

2.—The group serves to derive personal problems, especially those that maintain tense and worry the students.

3.—The integrants of the group, when their personality was properly developed, accept the groups as something useful and to its members.

4.—Those who have difficulties in the development of their personalities, disturb the group and handicap its proper function.

5.—When there are neurotic traits prevailing in the personality, bordering to the pathological the student tends to reject the formative group as restraining and not spontaneous, but tries to turn it into a therapeutic group.

6.—The integration is partial and the groups evolutioned slowly. In the last two sessions it could be seen that the members had made a relative insight on their problems, pointing out to the need of continuing over the next year.

7.—We believe the adoption of this method for other schools is desirable.

BIBLIOGRAFIA

1. ABERASTURY, ARMINDA: "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños". Ed. Paidos, Buenos Aires, 1962. — 2. ADLER, ALFREDO: "La Psicología del Individuo".—Ed. Paidos Buenos Aires, 1958. — 3. ADLER, ALFREDO: "El Carácter Neurótico".—Ed. Paidos; Buenos Aires, 1954. — 4. ACKERMAN, NATHAN A.: "Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares".—Ed. Horme, B. Aires, 1691. — 5. BION, W.R.: "Experiencia en Grupo".—Editorial Paidos Buenos Aires, 1963. — 6. BACH, GEORGE R.: "Psicoterapia Intensiva de Grupo".—Ediciones Horme, B. Aires —Argentina— 1958. — 7. BEST, J.W.: "Cómo Investigar en Educación".—Ed. Morata; Madrid, 1961. — 8. BLENDER: "Afecti-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vidad, Sugestibilidad, Paranoía".— Morata; Madrid, 1961. — 9. BASTIDE, ROGER: "Sociología y Psicoanálisis".—Comp. General; Fabril Editora; B. Aires, 1961. — 10. CARAVEDO, BALTAZAR y OTROS: "Estudios de Psiquiatría Social en el Perú".—Ediciones "El Sol S.A."; Lima-Perú, 1963. — 11. FLUGEL, J.C.: "Psicoanálisis de la Familia'.—Ed. Paidos; B. Aires, 1961. — 12. FOULKER, S.H., y ANTHONY, E.J.: "Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo".—Ed. Paidos; B. Aires, 1964. — 13. FROMM, ERICH: "Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea".— Fondo de Cultura Económica México D.F., 1960. — 14. FRANZ, ALEXANDER: "Psiquiatría Dinámica".—Ed. Paidos, 1958. — 15. FREUD, SIGMUND: "Obras Completas".—Ed. Santiago Rud.; Buenos Aires, 1954. — 16. GRINBERG, L. LANGER, M. y RODRIGUEZ, E.: "Psicoterapia de Grupo".—Ed. Paidos; B. Aires, 1961. — 17. GARMA, ANGEL: "El Psicoanálisis — Teórico, Clínico y Técnico". Ed. Paidos, 1962. — 18. HORNEY, KAREN: "El Autoanálisis".—Ed. Psique; Buenos Aires, 1957. — 19. HORNEY, KAREN: "Nuestros Conflictos Interiores". Ed. Psique 1959. — 20. HORNEY, KAREN: "El Nuevo Psicoanálisis".—Fondo de Cultura Económica; México D.F., 1960. — 21. HORNEY, KAREN: "La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo".—Ed. Paidos; B. Aires, 1958. — 22. JUNG, C.G.: "Tipos Psicológicos".—Ed. Sud Americana, B.A. — 23 KUNKEL: "El Consejo Psicológico".—L. Miracle Editores, 1957. — 24. KUNKEL, F. y DICKERSON R.: "La Formación del Carácter".—Ed. Paidos; B. Aires, 1965. — 25 LE GALL: "Caracterología de la Infancia y de la Adolescencia".— Luis Miracle Editor; Barcelona, 1959. — 26. MORENO, J.L.: "Fundamentos de la Sociometría".—Ed. Paidos; Buenos Aires, 1962. — 27. MORENO, J.L.: "Psicodrama". Ed. Paidos; Buenos Aires. — 28. MEILI: "Manual de Diagnóstico Psicológico".— Morata Madrid, 1959. — 29. NEUMANN, ERNESTO: "Pedagogía Experimental". Ed. Losada S.A.; Buenos Aires, 1957. — 30. OLMSTED, M.S.: "El Pequeño Grupo".—Ed Paidos; B. Aires; 1963. — 31. SPROTT, W.H: "Grupos Humanos". Ed. Paidos; B. Aires, 1960. — 32. SPEARMAN, Ch.: "Las Habilidades del Hombre".—Ed. Paidos, 1955. — 33. SEGUIN, C. ALBERTO: "Psiquiatría y Sociedad".— Imprenta de U.N.M.S.M. Lima-Perú, 1962. — 34. SEGUIN, C. ALBERTO: "Amor y Psicoterapia".—Ed. Paidos, 1963. — 35. SEGUIN, C. ALBERTO: "Introducción a la Medicina Psicosomática".—Emp. Gráfica T. Scheuch S.A.; Lima-Perú, 1947. — 36. SEGUIN, C. ALBERTO: "Existencialismo y Psiquiatría". Ed. Paidos Buenos Aires, 1960. — 37. SEGUIN, C. ALBERTO: "El Quinto Oído". Anales del Servicio de Psiquiatría del Hosp. Obrero de Lima. Año III Nº 2, 1961. — 38. TOVAR, H. y ZAPATA, S.: "Concepto de Enfermedad Mental en los Pobladores de las Barriadas de Lima".—Anales del Servicio de Psiquiatría del Hosp. Obrero de Lima. Vol V Nº 4, 1963. — 39. WATSON, J.B.: "El Conductismo". Ed. Paidos, 1961.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

PROYECCIONES CENTRIFUGAS A LA CORTEZA VISUAL

DEZA, B. L. SALAS, M. GUZMAN, F.C.; 8º Congreso Nacional de Ciencias Fisiológicas. México, 1965, México D.F., Sociedad Mexicana de Ciencias Fisiológicas, 1965, p. 33.

Los AA. discuten los potenciales corticales evocados por la estimulación de la vía visual, destacando las llamadas "respuesta primaria" y "respuesta secundaria", resultantes de la activación de la corteza por los impulsos que viajan a través de la vía específica y de los impulsos que siguien el sistema aferente inespecífico respectivamente. Señalan, además, que no han sido establecidas ni las estructuras subcorticales implicadas ni su significación funcional.

Luego de estas precisiones conceptuales refieren el trabajo realizado en 45 preparaciones de "encéfalo aislado" de gato. Estudiaron la respuesta secundaria producida por la estimulación de cuerpo geniculado lateral y las lesiones de estructuras subcorticales capaces de bloquerla: Colículos superiores, formación reticular mesencefálica y núcleos talámicos de la línea media.

La vía que siguen los impulsos hacia la corteza es: Cuerpo geniculado lateral-colículo superior-formación reticular-núcleos talámicos de la línea media. De existir conexiones directas de los cuerpos geniculados a la formación recticular y al tálamo, no llevarían impulsos que generen la respuesta secundaria. Las implicaciones funcionales de estos hechos no han sido determinadas. El hecho que la respuesta primaria se facilite durante el desarrollo de la onda secundaria, indica la intervención del sistema inespecífico en la integración sensorial.

MAX HERNANDEZ C.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SUICIDE DURING PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

CHAPMAN, RICHARD F., Bulletin of the Menninger Clinic. Vol 29. Nº 2: 35-43, Marzo 1965.

El autor aborda el estudio del suicidio durante la hospitalización psiquiátrica, para lo cual utiliza los registros clínicos de los 18 pacientes que se suicidaron en el Topeka Veterans Administration Hospital entre 1946 y Diciembre 1962, período en que fueron admitidos 23,000 pacientes, haciendo la proporción 78 suicidios por 100,000 admisiones. Los métodos empleados son el clínico y el estadístico, habiéndose encontrado que 17 de los 18 suicidas fueron hombres, protestantes, caucásicos, con un promedio de educación de 10.6 años y cuyas edades oscilaban entre los 22 y 66 años; la única mujer tenía 42 años, era protestante americana y había llegado al colegio. 8 de los 18 suicidas, habían intentado hacerlo previamente 1 a 5 veces, el más corto intérvalo entre el intento y el suicidio que de 6 meses, 8 de ellos recordaron que habían hablado a personas ajenas al hospital sobre sus propósitos suicidas, sólo uno del total del grupo, dejó una nota y no se presentaron casos de doble suicidio ni de homicidio asociado.

El autor destaca un grupo compuesto de 8 pacientes que se suicidaron dentro del hospital o durante su permiso y un segundo grupo en el que se suicidaron mientras estaban lejos del hospital con ausencia autorizada. Lo más interesante del primer grupo es la completa falta de atentados previos, sólo dos había tenido anteriormente ideas de suicidio, y 6 no respondieron al tratamiento hospitalario. En el segundo grupo; 7 de los 10 pacientes fueron como presuntos suicidas, estos pacientes habían respondido bien al tratamiento, pero la respuesta fué negativa cuando tuvieron que volver a su insoportable ambiente previo. De los 18 pacientes estudiados 16 tuvieron diagnóstico del más severo grado de desorganización: 14 Reacciones Psicótica-Depresivas, 1 Sindrome Cerebral Crónico, los dos intentos restantes fueron Reacciones Depresivas. 7 de los 18 pacientes recibieron psicofármacos en el tiempo de su suicidio, pero ningún paciente utilizó la droga prescrita como método de suicidio.

Luego de algunos comentarios, el autor destaca tres factores que deben alertar al psiquiatra: la historia de un intento previo antes de 6 meses, el haber sido definido como activo o potencial suicida durante la hospitalización corriente y el haber dejado el hosptal por primera o segunda vez para regresar a un ambiente que no ha experimentado cambio significativo o que no ha sido preparado para recibir al paciente, precisando que el problema de la dependencia reemplaza al de la depresión como situación central en el suicidio de los pacientes hospitalizados.

EMILIO MORALES CHARUN

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EMPATHY AND LOVE IN PSICHOTERAPY

CHESICK, RICHARD D. — American Juornal of Psychoterapy, 19: 205-209 April, 1965.

El autor define como "empatia" la capacidad para sentir como otras personas sienten a travéz de un proceso variado descrito como intuición, introyección, inducción y resonancia. El uso de la empatía en la psicoterapia tiene una acción pendular que alterna el envolvimiento subjetivo y los destacamentos objetivos, lo cual podría titularse de una regresión en el servicio del Ello, cuando es usado hacia metas específicas, esta regresión sería un retorno temporal hacia tempranas formas de amor objetal narcicísta en el que hay cierta fusión de identidades entre el empatizador y el paciente. En la discusión de los factores que intervienen en la empatía, el autor destaca la ansiedad individual del terapista que, al no ser reconocida, hace que caiga en error; el narcisismo no analizado del mismo, hace que la empatía signifique una fuente de satisfacciones personales y la tendencia del terapista a identificarse con las rutinarias y tradicionales fijaciones de su profesión; el autor revisa los orígenes de estas distorsiones en las unidades de la personalidad y la situación vital del terapista.

Hay en general dos maneras en las que la empatía funciona como una parte vital en el proceso psicoterapéutico. La primera enfatiza el rol de la empatía en la comprensión del paciente, la otra es, particularmente en la psicoterapia de esquizofrénicos borderline, la generación de sentimientos positivos, afectos y algún amor de parte del paciente, que, desarrollado durante el proceso terapéutico, no se disolverá al terminar éste, mas bien podrá continuar constituyendo una fuerza positiva de su vida; la universal y biológica capacidad de amar puede pues ser utilizada en ayuda del paciente a través de la situación que se levanta en respuesta a la empatía; es decir la adecuada relación interpersonal, puede proveer, lejos del optimismo, una mayor fuerza motivadora del trabajo psicoterapeútico.

El autor revisa las aproximaciones experimentales de la empatía y demuestra que las dificultades para llegar al pináculo son propias de la investigación experimental, señalándose como período interesante el de la empatía fisiológica, que no tiene correlato con la presencia subjetiva u observable de la empatía psicológica.

RUBEN RIOS CARRASCO

THE PERCEPTION OF MOTION IN INFANCY RELATED TO DEVELOPMENT OF PHISICAL THEORY OF MOTION

DEVEREUX, GEORGE, Ph. D., Bull, Menn. Clin. Vol 29 Nº 3: 143-147 May 1965.

El autor se ha propuesto discutir un modelo perceptual; la manera infantil de percepción del movimiento y relacionario con el problema de la antinomía del movimiento "absoluto" y el movimiento "relativo", para lo cual cita a Imre Her-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mann, quien subraya la importancia de que el niño se agarre de su madre y su implicación en la formación de los síntomas de los adultos y en la llamada "Unidad-Dual" de la madre y el niño. Partiendo de su experiencia clínica a lo largo del trabajo se citan diferentes secuencias y los sueños de un caso y los postulados de otros autores, se refiere a la importancia del músculo palmar longo, atrofiado en los adultos, pero altamente funcional en el niño y en el primate infante, que les permite, a uno asirse y al otro colgarse, con facilidad y el mínimo de gasto de energía; menciona el axioma psicoanalítico de que una criatura aprende relativamente tarde a diferenciarse de su madre, de lo cual quedan ciertos rezagos aún en individuos emocionalmente maduros y que el problema científico ya no es buscar la prueba de la realidad de la unidad madre-niño, sino la exploración de sus aspectos cualitativos y cuantitativos, en este aspecto, el autor, busca la manera de demostrar que la unidad madre-niño, incluye dentro de su campo formas precoces de percibir el movimiento, con tal fin relata los sueños de un joven judío intelectualmente superior pero depresivo y dependiente que termina en uno de sus sueños como "atrapado en un túnel, algo así como una tráquea" que subsecuentemente "ese túnel se asemejaba más a una vagina"; este primer sueño estaba relacionado con la casa donde él había vivido hasta los 4 años de edad y la describía con lujo de detalles, dándose asociaciones de recuerdos que relacionan una cosa con otra, así por ejemplo el incinerador de la casa con un crematorio nazi, las luces flotantes de su sueño con el encendido gradual de pequeñas ventanas que anunciaban el acercamiento del ascensor, conocedor de las ciencias físicas, dice "Yo no sé que se mueve, yo mismo o el medio ambiente", "tengo la sensación de que los niños cargados por su madre, perciben que el medio ambiente se mueve con respecto a ellos". En sueños posteriores siempre persiste el problema de la percepción del movimiento, se relacionan con viajes en túneles o en subway en el que va parado en la plataforma o dentro del tren, parqueando su automóvil en forma inversa o tomando camino equivocado en una ruta de dos vertientes, etc. El autor interpreta estos sueños en términos de tendencias psicosexuales invertidas y recalca el modo como terminan esta serie de sueños de "movimientos invertidos", paralelamente a los conflictos que le producen angustia y permiten la emergencia de hints de recuerdos de la manera infantil de percibir el movimiento relativo. Luego menciona la historia de las ciencias físicas, de los debates filosóficos y científicos acerca del movimiento y su naturaleza misma, habla de la teoría de la relatividad y su solución "final": todo movimiento es relativo; la transición tardía de la teoría de los geocéntricos a la teoría de los heliocéntricos, la percepción del movimiento a través de las expresiones coloquiales como "manejé tan rápido que los palos del telégrafo me pasaron" etc. la sensación genuina del cuerpo que cuando está en movimiento constante no lo percibe, pareciendo más bien que es el medio ambiente el que está en movimiento, las sensaciones que se experimentan en un ascensor, las que relaciona con las "suspenciones" alucinadas, mencionando al respecto una parte de la Iliada de Homero, y una serie de principios como el de Doppler-Fizeau, el de Fitzgerald-Lorentz, el de Mark A. May, etc. por último hace mención de la epistemología, sobre todo en lo relativo a la inteligibilidad del mundo externo por la mente humana.

FELIX CUCIRRAMO BORJA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ALCOHOLISMO

KEITH S., DITMAN. The American Journal of Psychiatry Vol. 121, Nº 7, págs: 677, 681; January, 1965.

Este artículo informa sobre la situación actual del problema alcohólico desde el punto de vista clínico, experimental, estadístico y social. El material empleado es extraído de diversos trabajos de otros autores, utilizándose para el efecto el método bibliográfico. Se destacan los aspectos siguientes: El alcohol ocasiona lesión orgánica cerebral, esto condiciona adicción alcohólica celular, la misma que puede ser reducida por meprobamatos, en el E.E.G. se ha encontrado un porcentage creciente de la actividad alfa en la mayoría de los pacientes con alucinaciones auditivas y psicosis alcohólicas, comprobándose que en más de la mitad el tinnitus aurium, precede a las alucinaciones. De otro lado se informa que existe un compuesto de amonio cuaternario que es producido por la reacción invivo entre el disulfurán (antabuse) y el alcohol, que es el responsable de las propiedades antidipsotrópicas que antes se atribuía a la acumulación de acetaldehida. Se ha probado que las dos terceras partes de choferes beben alcohol y que una tercera parte de pilotos de aviación que tuvieron accidentes fatales tenían un alto tenor de alcohol en la sangre, por lo que se considera conveniente la educación psicológica de los que manejan. Se considera al bebedor como una persona moralmente débil que muestra gran dependencia femenina notándose que los que están en las prisiones tienen serios problemas de personalidad y de familia. La buena relación médicopaciente favorece la eficacia del tratamiento farmacológico, en el que destaca el clorodiazepóxido (librium) por sus excelentes efectos en el alcoholismo agudo o una actitud de aceptación al enfermo y gratificación por la abstinencia dá buenos resultados, que se produce generalmente cuando el displacer de beber es mayor que el placer de deber. Finalmente, si el psiquiatra entrenara a médicos generales, clérigos, asistentas sociales, etc. beneficiaría enormemente algunos alcohólicosi siendo la afiliación a la Asociación de Alcohólicos Anónimos muchas veces decisiva para mejorar las relaciones interpersonales y favorecer el restablecimiento de estos enfermos.

A pesar de la amplitud del tema, la falta de ordenamiento del material, de sí escaso e insuficiente, en el que se mezclan aspectos clínicos, experimentales y terapeúticos; este trabajo logra cierta integración y comprehensión panorámica del problema alcohólico, relieva algunos aspectos nuevos que son de interés como la noticia de la adicción celular al alcohol y que la causa de las propiedades antidipsotrópicas, en la reacción antabuse-alcohol, es un compuesto de amonio cuaternario y no la acetaldehida.

MANUEL FERNANDEZ

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTAS DE ACTUALIDAD

PARTICIPACION EN UN IMPORTANTE CONGRESO

En el Primer Congreso de Medicina, Cirugía y Seguridad Social del Seguro Social Obrero, llevado a cabo en esta capital entre el 13 y 17 de junio con el mayor de los éxitos, tanto en los aspectos científicos como sociales, tuvieron destacada participación los siguientes miembros del Departamento; el Dr. Carlos Alberto Seguín, que presentó los trabajos "Síndrome Psicosomático de Desadaptación", "Seguridad Social y Factores Psicosomáticos" y "El Síndrome de Desadaptación en la Población Obrera"; el Dr. Sergio Zapata: "El Síndrome Psiquiátrico Cultural del Desgasté" y, en colaboración con la Dra. Elia Izaguirre, el trabajo titulado "La Depresión Cultural en la Población Obrera", así como en colaboración con la Dra. Elia Izaguirre y el Dr. Juan Antonio Robles: "La Historia Socio-Cultural del Paciente Psiquiátrico"; el Dr. José Alva, por su parte, presentó el trabajo: "Neurosis de Renta en los Asegurados Obreros"; el Dr. Rubén Ríos Carrasco: "Importancia de la Selección Psicológica del Personal Médico, Para-médico y Administrativo del Seguro Social Obrero" "Organización de los Servicios de Psiquiatría en los Hospitales Generales y otras Unidades Asistenciales de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero", y "La Importancia de la Actividad Docente en un Hospital General"; el Dr. Oscar Ríos Reátegui se ocupó del tema "Aspectos Médicos y Financieros relativos a Diagnóstico Tardío de las Afecciones Psiquiátricas en el Hospital Obrero de Lima"; la Dra. Elia Izaguirre, además de los trabajos ya anotados realizados en colaboración con los Drs. Zapata y Robles, se ocupó de "La Relación Médico-Paciente por el Método Experimental". Así mismo debemos destacar que la Mesa Directiva de la IV Sala estuvo conformada por los Drs. Carlos Alberto Seguín como Presidente, Daniel Castro como Vice-Presidente y Rubén Ríos como Secretario, y que, en ese mismo certamen, el Dr. Luis Aspauza, de la Asignatura de Neurología, presentó dos interesantes comunicaciones acerca de "El Diagnóstico Oto-Neurológico" y "La Neuropatía Diabética".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INVITACION DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

El Dr. Carlos Alberto Seguín, fue especialmente invitado a la reunión anual de la A.P.A., que se llevó a cabo en New York entre el 3 y el 7 de mayo, habiendo presidido la Sesión Plenaria destinada a examinar los últimos adelantos en Psiquiatría Transcultural.

INSTALACION DEL COMITE DE ESTUDIOS DE POBLACION

Con la asistencia del Señor Decano, Dr. Alberto Guzmán Barrón, fue instalado el 5 de mayo el Comité de Estudios de Población de la Facultad de Medicina, conformada por los Drs. Mauricio San Martín. Presidente; Rubén Ríos Carrasco, Secretario, Mariano Bedoya Hevia, Fernando Cabieses Molina y Luis Fernández Cano.

REUNION DE LA APAL

En los últimos días de mayo recibimos la visita del Dr. Carlos Lucero Kelly, Secretario de la Junta Directiva de la Asociación Psiquiátrica de América Latina quien, nos informó acerca de la última reunión de dicha Junta en México, que tuvo por objeto establecer vínculos más estrechos con la American Psychiatric Association y la Canadian Psychiatric Association.

DELEGADO AL CONSEJO DE FACULTAD

El Dr. Max Arnillas Arana fue elegido representante de los Profesores Asociados ante el Consejo de Facultad y, en tal condición, fue auspiciosamente incorporado a ese alto organismo directivo.

SESION EN LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

El 24 de junio se realizó la sesión mensual científica de la Asociación Psiquiátrica Peruana en la cual el Psicólogo Sr. Alejandro Maguiña dio lectura a su trabajo "Impresiones acerca de la Psicología Clínica en los Estados Unidos" y los Drs. Raúl Jerí y César Sánchez Montenegro, de la Asignatura de Neurología, se ocuparon de "Algunos Aspectos Etiológicos y Clínicos del Trasvestismo. Acerca de la Observación de un Caso", el cual fuese materia de animados comentarios de los Drs. Carlos Alberto Seguín, Rubén Ríos Carrasco, Max Silva y Augusto Colmenares.

VIAJE DE ESPECIALIZACION

En uso de una beca de estudios, el Dr. Oscar Ríos Reátegui viajó el 27 de junio, con destino a Montreal, Canadá, donde continuará cursos de especialización,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en las diferentes entidades docentes asociadas a la Universidad de Mc Gill, habiendo iniciado su ciclo en el Verdum Veteran's Hospital.

RETORNO DE UN PROFESOR

El Dr. Oscar Valdivia Ponce, de cuyo viaje diéramos cuenta anteriormente, ha retornado luego de cumplir un amplio programa de actividades, parte de las cuales se pueden apreciar en el informe que en este mismo número publicamos.

INAUGURACION DEL INSTITUTO PSICOFORMATIVO

A mediados de mayo se dió inicio a las actividades docentes del Instituto Superior Psicoformativo "Andrés Rázuri" que es dirigido pro el Dr. Hildebrando Salazar Inga, miembro del Departamento de Ciencias Psicológicas y en el cual colaboran también otros miembros de nuestro Departamento como los Drs. Sergio Zapata, José Alva, Rubén Ríos, Humberto Napurí, Elia Izaguirre, Hugo Díaz y Felipe Iannacone.

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES CIENTIFICAS.

El Dr. Carlos Alberto Seguín, participó en el forum preparado por el Club de Estudiantes de Medicina "Luis A. Pasteur" que versó acerca del "Problema de la Eutanasia" y contó con la presencia de destacados profesionales de otras disciplinas; así mismo ofreció una conferencia acerca de la "Dinámica Familiar" en la Semana de Psicología organizada por la Facultad de Letras de la Universidad Católica, entre el 7 y 14 de junio. En ese mismo ciclo el Dr. Juan Antonio Robles se ocupó del tema "La Psicología del Campesino".

DISTINCION DOCENTE

El G.P. Education Proyect de la American Psychiatric Association, ha adquirido copias del artículo "Group of Medical Education" del Dr. Carlos Alberto Seguín aparecido en el Journal Medical Education 40: 281-285, March 1965; con el objeto de distribuirlo como material informativo a todos los centros de educación psiquiátrica para graduados.

PARTICIPACION EN UN CONCURSO DE PINTURA

En el VIII Concurso "El Médico y el Arte" promovido por el Instituto Sanitas en los salones del Country Club, la Dra. Elia Izaguirre exhibió el oleo "Manola".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina, Av. Grau s/n. Lima, Perú. ó a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia. Material y Método. Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00 en el extranjero $ 1.50
Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00 en el extranjero $ 6.00
Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Av. Grau s/n. Ap. Nº 529 — Lima - Perú.

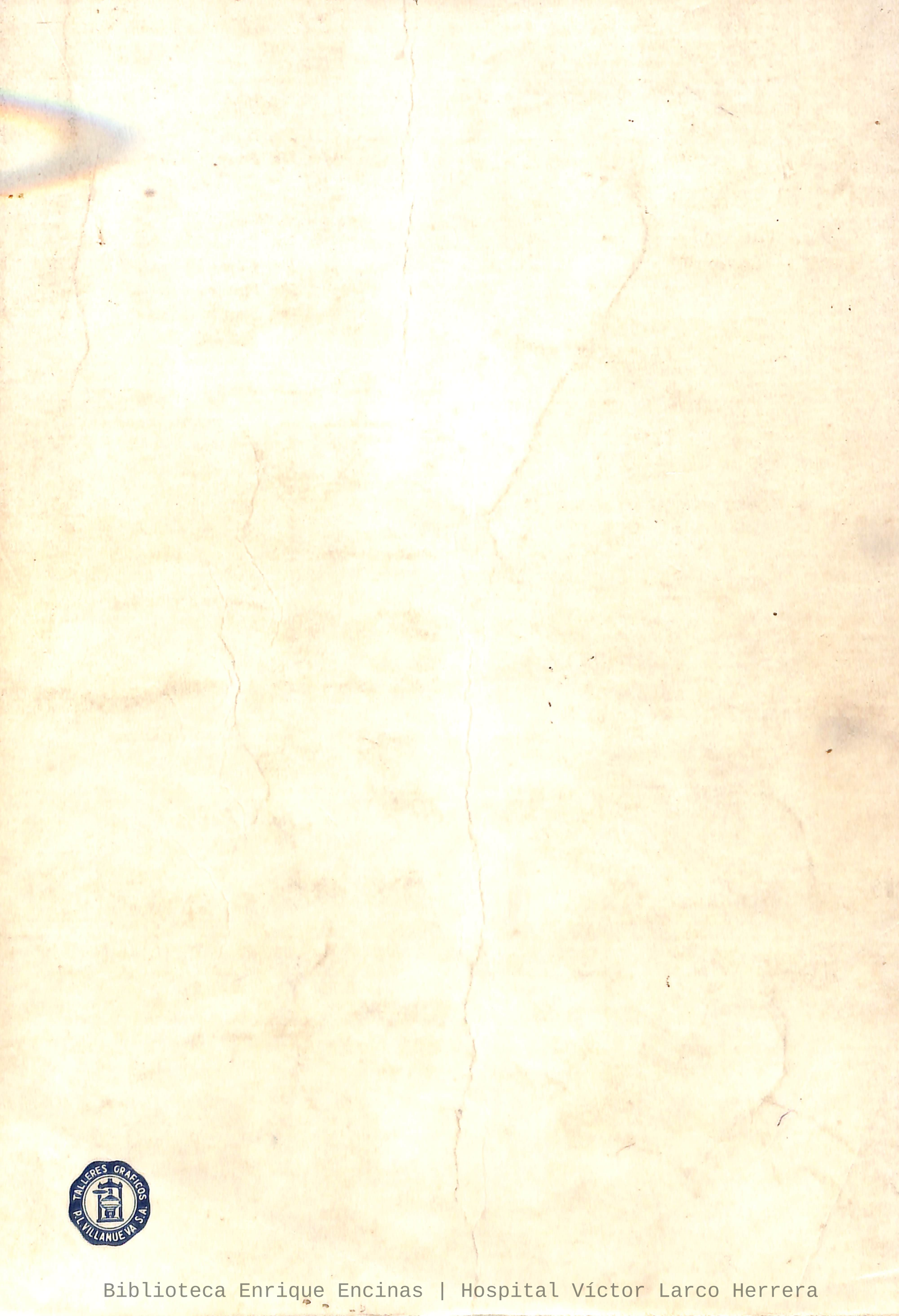
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DOCENCIA PRE-GRADO	Encargado	: *Dr. Max Silva*
	Colaboradores	: *Dr. Francisco Vásquez*
		Dr. José Alva
		Dr. Enrique Ghersi
DOCENCIA PARA GRADUADOS	Encargado	: *Dr. Oscar Valdivia*
	Colaboradores	: *Dr. César Delgado*
		Dr. Renato Castro
		Dr. Sergio Zapata
		Dr. Rubén Ríos
TRABAJOS CIENTIFICOS E INVESTIGACION	Encargado	: *Dr. Sergio Zapata*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Oscar Valdivia
		Dr. Rubén Ríos
ACTIVIDADES CIENTIFICAS CONGRESOS, CONFERENCIAS, etc.	Encargado	: *Dr. Francisco Vásquez*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. José Alva
		Dr. Carlos Gutiérrez
		Dr. Hugo Díaz
MATERIAL DE ENSEÑANZA	Encargado	: *Dr. José Alva*
	Colaboradores	: *Dr. Hugo Díaz*
		Dr. Enrique Ghersi
		Dr. Felipe Iannacone
		Dr. Max Silva
PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA ..	Encargado	: *Dr. Rubén Ríos*
	Colaboradores	: *Dr. Carlos Gutiérrez*
		Dr. Max Silva
		Dr. Hugo Díaz
VIAJES Y BECAS	Encargado	: *Dr. Renato Castro*
	Colaboradores	: *Dr. Oscar Valdivia*
		Dr. César Delgado
		Dra. Antonia Sánchez
RELACIONES PUBLICAS	Encargado	: *Dr. Max Arnillas*
	Colaboradores	: *Dr. Ethel Bazán*
		Dr. Rubén Ríos
GRUPOS DE TRABAJO	Encargado	: *Dr. Humberto Napuri*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Francisco Vásquez
		Dr. José Alva
		Dr. Juan A. Robles

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera